



---

**Programme Communautaire de lutte contre la Malnutrition au Niger,  
HKI/OFDA/USAID, 2014-2016**

# **Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des Ménages en matière de santé/nutrition de la mère et de l'enfant**

**District sanitaire de Diffa**

**Rapport final**

**Consultants :**

- **Abdoulaye NOMAOU, Sociologue (Ph.D.), Évaluateur de projets/Communicateur**
- **Mahamadou Adamou, Expert en santé/nutrition**

**JANVIER 2015**

This study was made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of Helen Keller International and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

# Table des matières

Remerciements .....	iii
Sigles et abréviations .....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures .....	vi
Résumé .....	vii
<b>I. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>1</b>
1.1 INTRODUCTION .....	1
1.2 ZONE D'INTERVENTION DU PROJET : DISTRICT SANITAIRE DE DIFFA .....	1
1.3 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	2
1.4 MÉTHODOLOGIE .....	2
1.5 LIMITES DE L'ÉTUDE .....	3
<b>II- RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.....</b>	<b>4</b>
2.1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION ENQUÊTÉE .....	4
2.1.1 Leaders communautaires .....	4
2.1.3 Population des femmes enquêtées.....	4
2.1.3.1 Groupes d'appartenance des femmes .....	4
2.1.3.2 Age des femmes enquêtées .....	4
2.1.3.3 Niveau d'instruction des femmes .....	5
2.1.3.4 Activités économiques principales des ménages.....	5
2.1.3.5 Activités économiques principales des femmes .....	6
2.2 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CAP EN SANTÉ/NUTRITION .....	7
2.2.1 CAP dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement chez tous les ménages.....	7
2.2.1.1 Sources d'approvisionnement en eau potable.....	7
2.2.1.2 Méthodes de traitement de l'eau dans les ménages .....	7
2.2.1.3 Utilisation de latrine par les ménages.....	10
2.2.1.3.1 Types de latrines existants dans les foyers.....	10
2.2.1.3.2 Utilisation des latrines dans les ménages .....	11
2.2.1.3.3 Gestion des selles des enfants .....	12
2.2.1.4 Pratique du lavage des mains .....	14
2.2.1.4.1 Moments de lavage des mains .....	14
2.2.1.4.2 Places de lavage des mains .....	14
2.2.1.4.3 Produits de lavage des mains .....	15
2.2.1.4.4 Conclusion et recommandation partielles .....	16
2.2.2 CAP dans le domaine de l'utilisation de la MII chez tous les ménages .....	17
2.2.2.1 Connaissance sur les avantages de la MII.....	17
2.2.2.2 Accès des ménages à la moustiquaire imprégnée d'insecticides .....	17
2.2.2.3 Utilisation effective par les ménages de la moustiquaire imprégnée d'insecticides .....	17
2.2.2.4 Conclusion et recommandation partielles .....	18
2.2.3 CAP chez les femmes enceintes .....	18
2.2.3.1 Domaine du suivi de la grossesse .....	18
2.2.3.1.1 Existence de document de santé .....	18
2.2.3.1.2 Pratiques de la CPN.....	19
2.2.3.1.3 Date de la première CPN.....	21
2.2.3.1.4 Nombre de séances de CPN réalisées.....	23
2.2.3.1.5 Types d'examens effectués au cours des visites prénatales.....	23
2.2.3.1.6 Informations reçues sur les dangers de la grossesse.....	24
2.2.3.1.7 Injections antitétaniques reçues par les femmes enceintes .....	25
2.2.3.1.8 Prise de suppléments en fer durant la grossesse .....	26
2.2.3.1.9 Prise de médicaments contre les vers intestinaux .....	27
2.2.3.1.10 Prise de médicaments en prévention du paludisme .....	27
2.2.3.2 Domaines de l'alimentation de la femme enceinte et autres pratiques recommandées.....	28

2.2.3.2.1 Majoration du nombre de repas pris par jour par la femme enceinte .....	29
2.2.3.2.2 Amélioration de l'alimentation de la femme enceinte .....	29
2.2.3.2.3 Augmentation du temps de repos de la femme enceinte .....	29
2.2.3.2.4 Connaissance sur la CPN et autres pratiques liées .....	29
2.2.3.2.5 Fréquentation des centres de santé pour les accouchements .....	30
2.2.3.2.6 Conclusion et recommandation partielles .....	32
2.2.3.3 Domaine de la planification familiale.....	33
2.2.3.3.1 Connaissances sur les méthodes de planification familiale .....	33
2.2.3.3.2 Pratique de méthodes d'espacement des naissances .....	33
2.2.3.3.3 Conclusion et recommandation partielles .....	34
2.2.3.4 État nutritionnel des femmes enceintes enquêtées .....	35
<b>2.2.4 CAP chez la femme mère d'enfant de 0 à 24 mois.....</b>	<b>36</b>
2.2.4.1 Généralités chez les mères et les enfants enquêtés .....	36
2.2.4.2 Domaine de l'allaitement maternel.....	37
2.2.4.2.1 Pratiques d'Allaitement de l'enfant à la naissance .....	37
2.2.4.2.2 Délai de mise au sein de l'enfant pour la première fois après sa naissance.....	37
2.2.4.2.3 Pratique de l'allaitement maternel exclusif.....	38
2.2.4.2.4 Connaissances des avantages de l'AME pour le bébé .....	39
2.2.4.2.5 Connaissances des avantages de l'AME pour la mère .....	39
2.2.4.2.6 Poursuite de l'allaitement des enfants au-delà de 6 mois.....	40
2.2.4.2.7 Perception de l'allaitement maternel exclusif au niveau des communautés locales .....	41
2.2.4.2.8 Conclusion et recommandation partielles .....	41
2.2.4.3 Domaine de l'alimentation de complément.....	42
2.2.4.3.1 Age à partir duquel des aliments solides sont donnés à l'enfant en plus du lait maternel .....	42
2.2.4.3.2 Qualité de l'alimentation de complément.....	42
2.2.4.3.3 Connaissance des mères par rapport au nombre minimum de repas donné aux enfants de 9 à 23 mois ....	43
2.2.4.3.4 Conclusion et recommandation partielles .....	43
2.2.4.4 Traitement et prise en charge des maladies de l'enfant .....	44
2.2.4.4.1 Quantité d'aliments donnée à l'enfant malade.....	44
2.2.4.4.2 Quantité d'aliments donnée à l'enfant après guérison.....	45
2.2.4.5 Reconnaissance par les mères des maladies liées à la malnutrition.....	45
2.2.4.5.1 Reconnaissance du marasme comme maladie .....	45
2.2.4.5.2 Reconnaissance par les mères du kwashiorkor comme maladie.....	46
2.2.4.5.3 Conclusion et recommandation partielles .....	46
2.2.4.6 Domaine de la vaccination .....	47
2.2.4.6.1 Vaccinations reçues par les enfants de 0 à 24 mois .....	47
2.2.4.6.2 Compléments en vitamine A reçues par les enfants au cours des 6 derniers mois .....	47
2.2.4.7 Domaine de la recherche de soins appropriés hors domicile.....	48
2.2.4.7.1 Traitement de déparasitage reçu par les enfants de plus de 12 mois .....	48
2.2.4.7.2 État de santé des enfants durant les deux dernières semaines .....	48
2.2.4.7.3 Soins reçus au niveau des centres de santé.....	49
2.2.4.8 Domaine du traitement adéquat des maladies de l'enfant à domicile .....	50
2.2.4.8.1 Recours pour le traitement de la diarrhée.....	50
2.2.4.8.2 Traitement de la diarrhée au foyer .....	50
2.2.4.8.3 Conclusion et recommandation partielles .....	51
<b>III- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>52</b>
<b>Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées.....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 2 : Liste des documents consultés .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 3 : Approche méthodologie détaillée .....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 4 : Outils de collecte des données.....</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 5 : Termes de référence .....</b>	<b>75</b>

## Remerciements

L'équipe de consultants tient à adresser tous ses remerciements à toutes les personnes qui ont apporté de près ou de loin leurs contributions inestimables à la réalisation du présent rapport. Il s'agit tout particulièrement :

- des autorités coutumières et religieuses des villages visités, qui ont accepté de recevoir les équipes d'enquête, de sensibiliser notamment les chefs de ménage ayant autorisé les entretiens avec leurs épouses (femmes enceintes et mères allaitantes) ;
- des femmes qui ont accepté de prendre un temps pour répondre aux questions des enquêteurs ;
- des personnels des aires de santé des CSI et Cases de santé de la zone enquêtée, ainsi que le médecin chef du district sanitaire de Diffa et ses représentants qui ont participé à la réalisation de l'enquête ;
- du personnel du sous-bureau d'Helen Keller International de Diffa qui a organisé et participé à l'enquête.

**Sigles et abréviations**

ASB	Agent de Santé de Base
ASC	Agent de Santé Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CPN	Consultation Prénatale
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
FAF	Fer acide folique
HKI	Helen Keller International
IC	Infirmier Certifié
IDE	Infirmier Diplômé d'État
MEG	Médicaments Essentiels génériques
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
ONG	Organisation Non Gouvernementale
TSSI	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers
VAA	Vaccin Anti Amaril

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Proportion des femmes enquêtées selon le groupe ethnique.....</i>	<i>4</i>
<i>Tableau 2 : Proportion des femmes enquêtées selon l'âge.....</i>	<i>5</i>
<i>Tableau 3 : Proportion des femmes enquêtées selon l'activité principale du ménage.....</i>	<i>6</i>
<i>Tableau 4 : Proportion des femmes enquêtées selon l'activité principale de la répondante.....</i>	<i>6</i>
<i>Tableau 5 : Proportion des femmes enquêtées selon la principale source d'eau de boisson et la méthode de traitement de l'eau utilisée .....</i>	<i>8</i>
<i>Tableau 6 : Proportion des femmes enquêtées selon le type de latrines utilisées habituellement par le ménage..</i>	<i>10</i>
<i>Tableau 7 : Proportion des ménages selon l'état d'hygiène des latrines et le type de fosse .....</i>	<i>11</i>
<i>Tableau 8 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon les personnes consultées pour la CPN.....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 9 : Proportion des femmes ayant pris des médicaments contre les vers intestinaux selon la pratique de la CPN.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 10 : Répartition des enfants malades selon la quantité d'aliments reçus .....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 11 : Proportion des mères selon la reconnaissance du marasme.....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 12 : Proportion des mères selon la reconnaissance du kwashiorkor .....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 13 : Proportion des mères enquêtées selon les compléments en vitamine A reçus par les enfants.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 14 : Proportion des mères enquêtées selon le traitement de déparasitage aux enfants .....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 15 : Répartition des mères selon la décision d'achat des médicaments prescrits.....</i>	<i>50</i>

## Liste des figures

Figure 1 : Proportion des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction.....	5
Figure 2 : Proportion des femmes enquêtées selon la source d'approvisionnement en eau potable.....	7
Figure 3 : Proportion des ménages selon l'état d'hygiène des latrines.....	10
Figure 4 : Proportion des femmes enquêtées selon l'utilisation des latrines par les membres du ménage.....	12
Figure 5 : Proportion des femmes enquêtées selon l'utilisation les autres lieux d'aisance.....	12
Figure 6 : Proportion des femmes enquêtées selon le mode de traitement des selles des enfants.....	13
Figure 7 : Proportion des femmes enquêtées selon les moments de lavage des mains.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Figure 8 : Proportion des femmes selon le niveau de connaissance des 5 principaux moments de lavage des mains.....	14
Figure 9 : Proportion des femmes enquêtées selon les aires réservées au lavage des mains.....	15
Figure 10 : Proportion des femmes enquêtées selon les types de produits de lavage des mains.....	16
Figure 11 : Proportion des femmes enquêtées selon leur connaissance des avantages de l'utilisation de la MII..	17
Figure 12 : Proportion des femmes enquêtées selon l'utilisation de la moustiquaire la veille.....	18
Figure 13 : Proportion des femmes enceintes selon la pratique de la CPN.....	19
Figure 14 : Lien entre la possession d'un carnet de santé et la pratique de CPN.....	20
Figure 15 : Lien entre l'âge et la pratique de CPN.....	20
Figure 16 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon l'âge de la grossesse à la date de la première CPN.....	22
Figure 17 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le nombre de CPN effectuées.....	23
Figure 18 : Types d'examen réalisés chez les femmes lors de la CPN.....	23
Figure 19 : Dangers liés à la grossesse selon les femmes enceintes enquêtées.....	24
Figure 20 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le nombre d'injections reçues contre le tétanos durant la présente grossesse.....	25
Figure 21 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le nombre d'injections reçues contre le tétanos durant la grossesse précédente.....	25
Figure 22 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la durée de prise des suppléments de fer.....	26
Figure 23 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le type de médicaments pris pour prévenir le paludisme.....	27
Figure 24 : Proportion des femmes enceintes selon le nombre de prises de la sulfadoxine.....	28
Figure 25 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon l'occasion de la prise de la sulfadoxine.....	28
Figure 26 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon leurs connaissances sur les pratiques recommandées.....	30
Figure 27 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le lieu d'accouchement lors de la grossesse précédente.....	30
Figure 28 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon l'assistance reçue lors de leur dernier accouchement.....	30
Figure 29 : Facteurs encourageant l'accouchement à domicile selon le nombre de citations.....	31
Figure 30 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la méthode de PF utilisée.....	33
Figure 31 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la méthode PF préférée.....	34
Figure 32 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la préférence de leurs conjoints.....	34
Figure 33 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la mesure du PB.....	35
Figure 34 : Proportion des enfants de 6 mois et plus selon la mesure du PB.....	36
Figure 35 : Proportion des enfants selon l'aliment reçu à sa naissance.....	37
Figure 36 : Proportion des mères enquêtées selon la première mise au sein de l'enfant.....	38
Figure 37 : Proportion des mères allaitantes selon le niveau de connaissance des avantages de l'AME pour l'enfant.....	39
Figure 38 : Proportion des mères allaitantes selon le niveau de connaissances des avantages de l'AME pour la maman.....	40
Figure 39 : Connaissance des mères enquêtées sur l'âge à partir duquel des aliments solides sont donnés à l'enfant en plus du lait maternel.....	42
Figure 40 : Proportion des enfants selon les aliments des 4 groupes reçus.....	43
Figure 41 : Proportion des mères selon la reconnaissance du marasme.....	46
Figure 42 : Proportion des enfants selon le type de vaccins reçus.....	47
Figure 43 : Proportion des enfants selon la maladie ou les symptômes déclarés par les mères.....	49
Figure 44 : Proportion des mères selon le premier recours pour les soins.....	49
Figure 45 : Proportion des mères enquêtées selon le premier recours pour le traitement de la diarrhée.....	50
Figure 46 : Proportion des enfants selon le type de boisson données à l'enfant atteint de la diarrhée.....	51

## Résumé

L'étude de base a été initiée par HKI dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre du Programme Communautaire de Gestion de la Malnutrition de Diffa : Renforcement de la Prévention et le Traitement de la Malnutrition au Niger, HKI/OFDA/USAID, 2014-2016. Ce programme qui est exécuté avec l'appui financier d'OFDA/USAID, s'inscrit dans le cadre des interventions d'urgence mises en œuvre, en réponse aux crises alimentaires récurrentes au Niger. Il a pour but de consolider/renforcer le système de prévention et de traitement de la malnutrition depuis le niveau communautaire jusqu'aux centres de santé.

Les objectifs assignés à cette étude de base consistent à identifier les déterminants des comportements liés à l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément des nourrissons et des jeunes enfants de 0 à 24 mois, à l'hygiène alimentaire et environnementale, aux déterminants sociaux de la reconnaissance des signes de danger liés aux maladies de la femme enceinte et allaitante et de l'enfant. Il s'agit également d'identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une intervention sur la promotion de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant dans le contexte de Diffa.

Cette enquête s'est déroulée du 9 au 27 octobre 2014 et a été menée par l'équipe du projet d'Helen Keller International basée à Diffa. Les agents du sous bureau ont servi d'enquêteurs sous la supervision d'une équipe de consultants. Le choix des villages et des femmes à interroger a été fait sur la base de la méthode d'échantillonnage à 78 grappes et à deux degrés.

L'enquête a permis de mener des investigations auprès de 768 femmes dont 384 femmes enceintes et autant de femmes allaitantes ayant des enfants âgés de moins de deux ans. Les informations recherchées au cours de cette étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères ont porté sur le suivi de la grossesse (consultation prénatale, accouchement), la vaccination, l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, la planification familiale, l'allaitement maternel, l'alimentation de complément, l'hygiène et le lavage des mains, l'utilisation de la moustiquaire et le traitement et la prise en charge des maladies.

Les méthodes de collecte des données ont privilégié des entretiens individuels avec les groupes cibles dont les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à 24 mois et des focus groupes avec le personnel de santé et des leaders communautaires au niveau de 78 villages choisis sur la base de critères bien définis, à savoir l'existence et le type de centre de santé (CSI, CS), la distance par rapport au centre de santé (0-15 km), la taille de la population (au moins 219 habitants), village d'intervention HKI ou non.

Trois types d'outils élaborés à cet effet et qui ont servi à la collecte de données ont été administrés par des enquêteurs : 1 questionnaire femmes enceintes, 1 questionnaire femmes allaitantes et 1 guide d'entretien collectif leaders communautaires/personnels de santé.

L'enquête a touché outre les femmes enceintes et allaitantes 153 leaders communautaires et 36 agents de santé en tant que personnes ressources interrogés sur les connaissances et les pratiques en santé/nutrition des femmes enceintes et allaitantes. C'est ainsi que 768 femmes ont été enquêtées dont 384 femmes enceintes d'au moins 4 mois de gestation et autant de mères d'enfants de 0 à 24 mois, à raison de 10 femmes par village dont 5 femmes

enceintes et 5 femmes allaitantes. Les principaux résultats se présentent comme suit :

### **1. Domaine de l'eau**

- Les principales sources d'approvisionnement en eau des ménages sont les puits non couverts (41%), les robinets (28%), les puits couverts (17%), les forages (14%) et le marigot (1%) ;
- 70% des ménages consomment l'eau puisée sans aucune forme de traitement. Mais pour les autres ménages, plusieurs méthodes sont utilisées : filtration (18% des cas), purification à l'Aquatab (6,6% des cas), javellisation (2,4% des cas), ébullition (1,3% des cas), décantation (1,1% des cas).

### **2. Domaine de l'hygiène et l'assainissement**

- 24% des ménages (182/758) disposent d'une latrine dans la concession;
- Au sein de ces 182 ménages disposant de latrines, on compte trois quarts (74%) où tous les membres en font usage. Dans 16% des cas, les latrines sont réservées aux adultes et dans 10% des cas aux enfants capables de les utiliser ;
- Les latrines sont en bon état d'hygiène chez 31,1% des ménages, 52,2% sont passables et 16,7% mauvais ;
- Pour les ménages qui n'ont pas de latrines à domicile, 97% ont recours à la brousse et 3% aux douches publiques et moins de 1% aux latrines des voisins ;
- Chez 21% des ménages les excréments des enfants sont jetés dans les latrines (chez 48,5% ils sont jetés dans les ordures et chez 14% ils sont laissés à l'air libre).

### **3. Domaine du lavage des mains au savon**

- Connaissances des moments de lavage de mains sont : avant de manger (84% des ménages), après défécation (60%), avant de préparer à manger (28,5%), après le nettoyage des selles de l'enfant (26%), avant de donner à manger à l'enfant (22%), après le balayage de la maison et le ramassage des ordures (13,9%), les travaux champêtres (1%) et les ablutions religieuses (3,7%) ;
- 34% des femmes savent au moins 3 moments clés où il faut se laver les mains ;
- 4% des femmes savent les cinq (5) principaux moments recommandés, à savoir avant de manger, après défécation, avant de préparer à manger, après le nettoyage des selles de l'enfant, avant de donner à manger à l'enfant.

### **4. Domaine de la moustiquaire imprégnée d'insecticides**

- 67% des ménages (418/626) disposent d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides. Parmi ces ménages :
  - Dans 43%, tous les membres ont dormi la nuit dernière sous moustiquaire ;
  - Dans 22% des ménages, les femmes et les enfants ont dormi sous la MII ;
  - Chez 12% de ces ménages, seules les femmes ont dormi sous la moustiquaire Imprégnée ;
  - Dans seulement 11% des ménages, les enfants de moins de 5 ans ont dormi sous la MII.

## 5. Domaine du suivi de la grossesse (femmes enceintes)

- 55,6% des femmes disposent d'un carnet de santé ou de tout autre type de document délivré ou établi par une formation sanitaire concernant leur état ;
- 57% des répondantes ont eu à consulter dans le cadre de la CPN et ont été vues par un personnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme, ASC) ;
- Seul 14,1% des femmes ont effectué la première CPN dans les premiers trois (3) mois de leur grossesse ;
- Au cours des CPN, 31% de ces femmes ont été informées sur les signes de danger par rapport à leur état ;
- Durant cette grossesse, 71% des femmes (149/210 femmes) ont reçu une supplémentation en fer/folate sous forme de comprimés et 29% la forme sirop ; 40,3% l'ont pris pendant 30 jours et 13,6% pendant 60 jours ;
- 53% des femmes interrogées (113/213 femmes) ont reçu des médicaments contre les vers intestinaux ;
- 34% des femmes (71/209 femmes) ont reçu des médicaments pour prévenir le paludisme (Sulfadoxine dans 70% des cas et Coartem/quinine 300 mg dans 30% des cas) : la sulfadoxine a été prise une seule fois selon 71,2% des femmes et 2 fois selon 25,4% des femmes.

## 6. Domaine de l'alimentation de la femme enceinte

- Seulement 10% des femmes enceintes pensent que le nombre de repas doit être augmenté pendant la grossesse;
- 38% des femmes pensent que la femme enceinte doit manger des aliments de qualité, c'est-à-dire riches en fer notamment de sources animales comme les viandes, les œufs, la volaille, le poisson, le foie, le lait, etc.

## 7. Domaine de la planification familiale

- 92,9% des femmes connaissent une méthode moderne de planning familiale; les méthodes mentionnées principalement étaient la pilule et les injectables comme méthodes de contraception ;
- 20,7% des femmes utilisent une méthode de contraception : la pilule (65,2% des cas) et les injectables (18,5% des cas) qui sont d'ailleurs leurs méthodes préférées en dehors de l'allaitement maternel.

## 8. Domaine de l'allaitement maternel

- Pendant les trois premiers jours de vie, 19% des enfants ont reçu d'autres boissons dont le lait provenant des animaux domestiques pour 15% des cas ;
- 68% des bébés ont été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, 26% des bébés plus d'une heure après mais dans les 24 heures qui ont suivi et enfin 6% des bébés sont mis au sein plus de 24 heures pouvant aller jusqu'à 3 jours ;
- 55,3% des enfants de moins de 6 mois ont reçu que le lait maternel selon le rappelle de la mère des dernier 24 heures (84/152 enfants) ;
- Plus de 46% des mères savent que l'allaitement maternel exclusif procure une "protection de l'enfant contre les maladies"
- 27 % des mères savent que "le lait maternel renferme toutes les vitamines nécessaires à la croissance de l'enfant" ;

- 29,4% des mères savent que "la pratique de l'allaitement maternel exclusif présente moins de soucis/frais pour la santé de l'enfant" (29,4% des mamans),
- 80,6% des enfants de 12-15 mois et 60% de ceux de 20-23 mois continuent de recevoir le lait maternel.

### **9. Domaine de l'alimentation de complément**

- 61% des mères savent que c'est à partir de 6 mois que l'aliment de complément doit être introduit dans l'alimentation de l'enfant ;
- Seul 8% des enfants de 6-23 mois reçoivent aux moins quatre groupes d'aliments par jour (diversité alimentaire minimum);
- 38,7% des mères (41 sur 106 mères) d'enfants de 9 à 23 mois donnent un minimum de 3 repas par jour à leurs enfants en plus du lait maternel.

### **10. Domaine du traitement et prise en charge des maladies de l'enfant**

- Plus de 40,7% des mères ont affirmé avoir légèrement réduit la quantité des aliments qu'elles ont donnés à leurs enfants malades, tandis que 26,4% ont réduit cette quantité d'aliments avec 8% qui l'ont maintenue et seulement 1% des mères l'ont augmenté. Mais 24%, soit 1 mère sur 4, ont suspendu l'alimentation chez l'enfant malade.
- Pendant la période de convalescence il ressort que 60,6% ont reçu la même quantité d'aliments que d'habitude, 9% une quantité plus importante que d'habitude ; 25,5% ont reçu une quantité légèrement diminuée et près de 5% une quantité beaucoup réduite.

### **11. Domaine de la reconnaissance de la malnutrition**

- Parmi toutes les répondantes, 42,3% des mères reconnaissent le marasme comme la malnutrition et 36,2% l'associent à une maladie ;
- Parmi toutes les répondantes 19% des mères reconnaissent le kwashiorkor comme la malnutrition.

### **12. Domaine de la vaccination et du déparasitage**

- 90,7% des enfants ont été vaccinés contre le BCG ;
- 94% ont été vaccinés contre la polio ;
- 92,5% des enfants ont reçu le Penta1, 86,7% le Penta2 et 75,4% le Penta3 ;
- 60,9% des enfants ont reçu le vaccin pneumo ;
- 60,6% ont reçu le VAA ;
- 62% ont été vaccinés contre la rougeole ;
- 76,4% des enfants ont reçu des compléments en vitamine A ;
- 40% des enfants de plus de 12 mois ont effectivement été déparasités.

On peut cependant relever que seuls 17 enfants sur les 249 enquêtés, soit 6,8%, ont reçu tous les neuf (9) types d'immunisation.

### **13. Domaine de la recherche de soins appropriés hors domicile**

- Dans 85% des cas, le premier recours pour les soins est le centre de santé.

#### **14. Domaine du traitement adéquat des maladies de l'enfant à domicile**

- 14% des enfants malades de la diarrhée sont traités à la maison, 5% chez les tradipraticiens (guérisseurs, marabouts, coiffeurs traditionnels) ou les secouristes;
- 65,9% des mères ont donné des boissons aux enfants malades après chaque selle ;
- 17,7%% des enfants malades de la diarrhée ont reçu du liquide préparé à partir du SRO, et 10,9% des enfants une solution d'eau sucrée préparée à domicile.

Au regard de tout ce qui précède, on peut remarquer qu'en termes de connaissances et de pratiques aussi bien chez les femmes enceintes que les mères d'enfants de 0 à 24 mois, les résultats de l'étude font ressortir des dispositions utiles dans les divers domaines ci-dessus présentés. Cette situation semble s'expliquer en grande partie par les effets des différentes interventions antérieures dans la zone d'étude qui ont permis de faire un travail préalable en matière de santé et nutrition. Il faut également souligner qu'il existe encore et partout des insuffisances à relever non seulement au niveau des groupes cibles du fait de certaines pesanteurs socio-culturelles mais aussi au niveau de certaines localités ou zones où les services de santé semblent souffrir plus de leur enclavement que de tout autre facteur.

C'est justement pour pallier à ces insuffisances que des recommandations sont formulées en vue d'améliorer les niveaux des connaissances, attitudes et pratiques chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes en matière de santé/nutrition. Elles portent non seulement sur l'amélioration des services au niveau des services de santé mais aussi sur la communication pour le changement de comportement ainsi que sur les appuis matériels à apporter aux communautés locales en matière d'infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

# I. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION

## 1.1 INTRODUCTION

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre du **Programme Communautaire de Gestion de la Malnutrition de Diffa : Renforcement de la Prévention et le Traitement de la Malnutrition au Niger, HKI/OFDA/USAID, 2014-2016**. Pour rappel, ce programme qui est exécuté par HKI avec l'appui financier d'OFDA/USAID, est une suite logique du premier programme ayant été mis en œuvre depuis 2005 suite à la crise alimentaire et nutritionnelle de 2004-2005. Ce programme qui s'inscrit dans le cadre des interventions d'urgence mises en œuvre, en réponse aux crises alimentaires récurrentes au Niger, a pour but de consolider/renforcer le système de prévention et de traitement de la malnutrition depuis le niveau communautaire jusqu'au centre de santé. Dans cette perspective, l'accent sera mis sur la communication pour un changement de comportement basée sur la promotion des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) et des Techniques de négociation pour la prévention de la malnutrition, le dépistage actif des enfants malnutris, leur référence précoce vers les centres appropriés de prise en charge et leur suivi régulier au sein de la communauté.

Ainsi la nouvelle phase qui est acquise pour une période de 24 mois, allant de Juin 2014 à Mai 2016 pour la région de Diffa, mettra l'accent sur le District sanitaire de Diffa, spécifiquement en raison des besoins dus à la vulnérabilité accrue des populations causées par l'insécurité alimentaire, les inondations récurrentes mais aussi par les effets de l'intensification de la lutte armée que mènent les intégristes islamiques dans le nord du Nigéria poussant les populations de cette zone à se réfugier dans la région de Diffa.

La mise en œuvre de ce programme permettra à HKI de démontrer son expertise et de documenter son expérience à travers des recherches opérationnelles, des enquêtes CAP et de couverture en vue de l'intégration de ses approches pour la prévention de la malnutrition. C'est dans cette perspective que la présente étude a été conduite ; elle permettra donc à HKI de disposer de données de base pour évaluer en fin de projet les progrès réalisés en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants à travers l'exécution de son programme dans le district sanitaire de Diffa.

## 1.2 ZONE D'INTERVENTION DU PROJET : DISTRICT SANITAIRE DE DIFFA

Le district sanitaire de Diffa couvre les deux départements de Diffa et de Bosso avec une superficie de 7.000 km<sup>2</sup>. Le district compte 74 formations sanitaires dont 17 CSI et 57 cases de santé desservant une population globale estimée à 216 284 (INS 2012) se répartissant sur trois (3) cantons (Chétimari, Komadougou et Bosso) et un groupement peulh (Toumour).

Les principaux groupes en présence sont en majorité les Kanouris cohabitant avec des Peuls, des Toubou, des Arabes, des Touaregs et des Haoussa. Les principales activités des ménages sont l'agriculture (production céréalière et de rente) surtout dans les zones sud et du centre et l'élevage dominant dans la zone pastorale. Il faut cependant noter que ces dernières années l'insécurité alimentaire n'épargne aucune de ces zones du fait des sécheresses, des attaques acridiennes et des inondations qui s'y abattent. La situation alimentaire et sanitaire des populations locales s'est davantage dégradée du fait de l'afflux d'une population constituée de réfugiés et retournés (87 516 déplacés dont 45 333 enfants

ont été recensés à la date du 5 décembre 2014)<sup>1</sup>, fuyant leurs villages du Nigéria à cause de la menace de la secte Boko Haram et d'autres bandits armés pour se concentrer surtout dans les villages du long de la Komadougou.<sup>2</sup> C'est dans ce contexte de bouleversement socio-politique que la présente étude a été menée dans le district sanitaire de Diffa.

### **1.3 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Le but recherché est d'évaluer le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants dans la zone d'intervention du district sanitaire de Diffa. Cette étude CAP produira des données de base avant la mise en œuvre effective des interventions de ce projet dans le district. Les résultats serviront plus tard de référence pour mesurer les acquis et l'impact des interventions.

Les objectifs assignés à l'étude consistent à :

1. Identifier les déterminants des comportements liés à l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément des nourrissons et des jeunes enfants de 0 à 24 mois, à l'hygiène alimentaire et environnementale ;
2. Identifier les déterminants sociaux de la reconnaissance des signes de danger liés aux maladies de la femme enceinte/allaitante et de l'enfant ;
3. Identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une intervention axée sur la promotion de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant.
4. Etablir les données de base pour évaluer l'impact du projet.

### **1.4 MÉTHODOLOGIE**

L'approche privilégiée a consisté à des entretiens préalables avec les responsables de l'ONG HKI à Niamey en vue de la préparation de l'enquête dans le district sanitaire de Diffa ainsi qu'avec l'équipe du sous bureau de Diffa.

Les travaux menés à Diffa comprennent la formation des enquêteurs, le pré test ayant permis de finaliser les outils de collecte de données (Annexe) et l'enquête à proprement parler. L'enquête qui est de type transversale s'est déroulée du 9 au 27 octobre 2014 et a été menée par l'équipe du projet d'Helen Keller International basée à Diffa dont les agents ont joué le rôle d'enquêteurs sous la supervision d'une équipe de deux consultants. L'échantillonnage des villages et des ménages (femmes) à interroger a été fait sur la base de la méthode d'échantillonnage à 78 grappes et à deux degrés. Au premier degré 78 villages avec ou sans centre de santé ont été choisis au hasard dans le district sanitaire de Diffa et au second degré 10 femmes (dont 5 enceintes et 5 allaitantes) ont été sélectionnées dans chacun desdits villages Il s'agit en fait de deux échantillons indépendants dont l'un regroupe des femmes enceintes et l'autre des mères allaitantes avec des enfants de 0-23 mois. (Annexe).

<sup>1</sup> Rapport OCHA du 10 au 22 Décembre 2014.

<sup>2</sup> Rapport de la mission conjointe de suivi de la situation humanitaire de la Région Diffa, Mission conjointe du 22 au 28 Avril 2014 avec la participation de Gouvernorat de Diffa – Système des Nations Unies – ONGs, avril 2014.

Ainsi l'enquête a permis de mener des entretiens avec 153 leaders communautaires et 36 agents de santé en tant que personnes ressources et des investigations auprès de 768 femmes dont 384 femmes enceintes et autant de femmes allaitantes ayant des enfants âgées de moins de deux ans. Les informations collectées au cours de cette étude sur les connaissances attitudes et pratiques des mères ont porté sur :

1. le suivi de la grossesse (consultation prénatale, accouchement) ;
2. la vaccination ;
3. l'alimentation de la femme enceinte et allaitante ;
4. la planification familiale ;
5. l'allaitement maternel ;
6. l'alimentation de complément des jeunes enfants à partir de six mois ;
7. l'hygiène et le lavage des mains ;
8. l'utilisation de la moustiquaire ;
9. le traitement et la prise en charge des maladies.

Les informations quantitatives (questionnaires femmes enceintes et mères d'enfants) ont été traitées et analysées à l'ordinateur (logiciel SPSS) et les données qualitatives (guide d'entretien) manuellement. Les résultats de l'étude sont présentés dans les sections subséquentes.

### ***1.5 LIMITES DE L'ÉTUDE***

Bien que la méthodologie utilisée réponde aux normes prescrites pour une étude CAP, elle présente un certain nombre de limites qu'il convient de relever mêmes si celles-ci n'entament pas la qualité des résultats définitifs enregistrés. La première limite est liée à la difficulté de la collecte de certaines données relatives au suivi sanitaire de l'enfant, à savoir les vaccinations et aux autres soins de l'enfant qui doivent être vérifiées à partir des carnets de santé et de la déclaration des mères. Il se trouve qu'une bonne partie des mères ne dispose de tels documents et que certaines de leurs déclarations sont faites sur la base d'une tentative de reconstitution par une mémoire faillible.

La seconde limite est liée à l'insuffisance d'approfondissement de certains entretiens conduits en focus groups par certains enquêteurs, ce qui n'a pas permis de capter suffisamment les déterminants sociaux de certains comportements collectifs notamment dans les domaines de l'alimentation/nutrition des femmes et des enfants, de l'hygiène/assainissement.

Quant à la troisième limite, elle est liée à la difficulté dans l'identification sur le terrain de certains villages échantillons portant quelquefois le même nom que d'autres ne faisant pas partie de l'échantillon. Des investigations plus ou moins longues ont dues être menées pour identifier les bonnes localités, ce qui a retardé la progression normale de l'enquête. À cela s'ajoute le temps de la localisation de certains ménages ayant quitté leurs villages d'origine (échantillons) et qui sont dispersés dans plusieurs autres localités voisines suite à des inondations survenues pendant l'hivernage passé.

## II- RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

### 2.1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION ENQUÊTÉE

#### 2.1.1 Leaders communautaires

L'enquête a touché aussi bien les leaders communautaires que les personnels de santé (CSI et CS) en tant que personnes ressources sur la vie communautaire des groupes cibles interrogés. C'est ainsi qu'au niveau des leaders, 153 personnes ont été rencontrées, parmi lesquelles il y a des chefs de village, des notables, des relais communautaires, des marabouts, des représentantes des femmes, des représentants des jeunes, des chefs de quartiers, des Imams, des représentants des cultivateurs, des matrones, des chefs de tribus, des éleveurs, des commerçants locaux, des conseillers communaux et des agents d'état civil). En ce qui concerne les personnels de santé, 36 agents dont des ASC, TSSI, IDE, IC, ASB, sages-femmes relevant de CSI ou de CS.

#### 2.1.3 Population des femmes enquêtées

##### 2.1.3.1 Groupes d'appartenance des femmes

Au total, 768 femmes ont été enquêtées. Il s'agit de 384 femmes enceintes d'au moins 4 mois de gestation et autant de mères d'enfants de 0 à 24 mois. Elles se répartissent en deux grands groupes dont les kanouri et les peulhs représentant respectivement près de 81% et 16% (tableau 1). Elles sont toutes résidentes de la région de Diffa en dehors de 8 femmes<sup>3</sup>, soit 1,8% de l'échantillon, ayant fui le Nigéria devant la menace par la secte "Bokoharam" pour se réfugier au Niger.

**Tableau 1 : Proportion des femmes enquêtées selon le groupe ethnique**

Groupes d'appartenance	Effectifs	Pourcentage
Kanouri	614	80,6
Peulh	120	15,7
Haoussa	16	2,1
Autres	12	1,6
<b>Total</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

##### 2.1.3.2 Age des femmes enquêtées

À la lecture du tableau 2, on peut constater que la quasi-totalité des femmes, soit 99,5%, ont tout au plus 40 ans, ce qui signifie qu'elles sont en pleine période de fécondité avec 75.5% d'entre elles qui ont entre 18 et 30 ans. Toutefois, on relève que moins de 8% sont en dessous de 18 ans, ce qui les prédispose à des problèmes de santé. Étant donné qu'au Niger la procréation a généralement lieu dans le cadre de l'union, la nuptialité précoce constitue un facteur de risque pour le couple mère-enfant bien que la présente situation reste loin des résultats au niveau national qui révèlent que 75 % des filles au Niger se marient avant l'âge de 18 ans et 36 % avant 15 ans.

<sup>3</sup> Il s'agit de 7 femmes enceintes d'au moins 4 mois de gestation et d'une mère d'enfant de 0 à 24 mois.

**Tableau 2 : Proportion des femmes enquêtées selon l'âge**

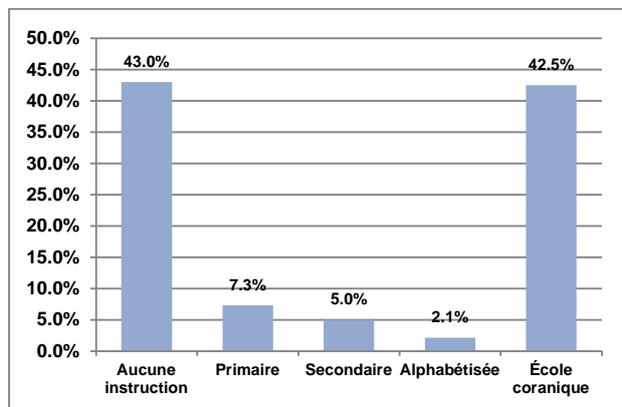
Âge des femmes	Effectifs	Pourcentage
Moins de 18 ans	60	7,9
18 à 30 ans	572	75,5
31 à 40 ans	122	16,1
Plus de 40 ans	4	,5
<b>Total</b>	<b>758</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.1.3.3 Niveau d'instruction des femmes

Comme dans la plupart des enquêtes réalisées au niveau national (Enquête EDSN, 2012), la figure 1 montre que 43% des femmes interrogées n'ont aucune instruction, moins de 7% ont atteint le niveau primaire, 5% le secondaire et 2% sont alphabétisées. Il faut aussi ajouter que 42% ont reçu une éducation religieuse musulmane.

Cette situation dénote de l'importance des efforts à entreprendre en direction de cette cible de la zone d'étude. D'une part, le manque d'instruction d'une bonne partie des femmes et d'autre part l'importance de la place de la religion islamique dans le quotidien des autres doivent guider les interventions du projet pour choisir ses stratégies d'intervention les plus adaptées en vue de toucher efficacement les groupes cibles.

**Figure 1 : Proportion des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction**

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.1.3.4 Activités économiques principales des ménages

Comme cela est noté dans le tableau 3, la principale activité des ménages est l'agriculture qui intéresse plus de 67% des cas. Le commerce et l'élevage touchent moins de ménages, dans des proportions respectives de 11,7% et 11,5%.

Dans l'ensemble, on peut retenir que 98% des ménages concernés mènent une activité dans le secteur informel mais qui est une source de revenu potentiel ou réel pour les familles.

**Tableau 3 : Proportion des femmes enquêtées selon l'activité principale du ménage**

Principales activités du ménage	Effectifs	Pourcentage
Agriculture	516	67,4
Elevage	88	11,5
Commerce	90	11,7
Artisanat	4	,5
Emploi salarié	18	2,3
Sans activité	16	2,1
Autres	34	4,4
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.1.3.5 Activités économiques principales des femmes

L'analyse du tableau 4 ci-dessous montre que près de 45% des femmes enquêtées sont actives dans le secteur de l'agriculture (production végétale). Les AGR occupent 15,5% des femmes et l'élevage 11%.

Partant de ce constat, on peut dire que la majorité des femmes interrogées ont une occupation qui sont certainement des sources alimentaires ou des revenus mais surtout qui leur augmentent la charge de travail en sus de leurs tâches domestiques et d'entretien de leurs enfants.

**Tableau 4 : Proportion des femmes enquêtées selon l'activité principale de la répondante**

Principales activités des femmes enquêtées	Effectifs	Pourcentage
Agriculture	336	44,8
AGR (petit commerce, artisanat, maraichage, etc.)	116	15,5
Elevage	82	10,9
Commerce (boutique, bétail, etc.)	10	1,3
Emploi salarié	14	1,9
Autres	192	25,6
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

## 2.2 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CAP EN SANTÉ/NUTRITION

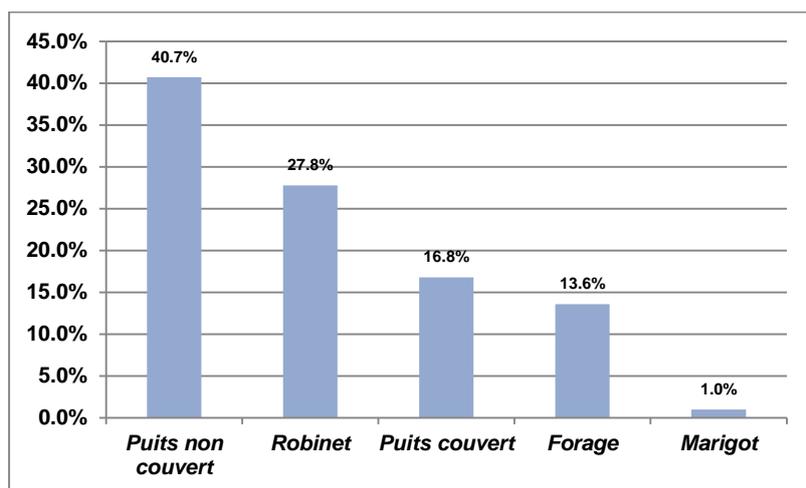
### 2.2.1 CAP dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement chez tous les ménages

#### 2.2.1.1 Sources d'approvisionnement en eau potable

La Figure 2 fait ressortir plusieurs sources d'eau utilisées qui se répartissent en deux principales catégories :

1. Premièrement, il y a les sources d'eau potable utilisées par 59,2% des ménages répartis comme suit : robinets (adduction d'eau potable) pour 28% des ménages, puits couverts cités par 17% et les forages utilisés par 14% des ménages.
2. Deuxièmement, il y a les sources non potables utilisées par 41,7% des ménages se répartissent entre les puits non couverts (40,7% des ménages) et le marigot (1% des ménages).

Figure 2 : Proportion des femmes enquêtées selon la source d'approvisionnement en eau potable



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.1.2 Méthodes de traitement de l'eau dans les ménages

L'enquête montre par ailleurs que l'eau est consommée directement par les ménages dans 70% des cas. Quand elle est traitée, les méthodes utilisées consistent en sa filtration (18% des cas), son traitement à l'aquatab (6,6% des cas), sa javellisation (2,4% des cas), son ébullition (1,3% des cas), sa décantation (1,1% des cas).

Une analyse transversale des différentes méthodes (tableau 5) permet de déterminer les pratiques en fonction des sources d'eau utilisées. Ce qu'il faut retenir est que l'eau de consommation ne fait pas l'objet de traitement chez 89% des ménages qui s'approvisionnent essentiellement au niveau du robinet et chez 92% qui boivent l'eau de forages. La situation est plus critique en ce qui concerne les puits couverts, non couverts et marigot servant de sources dont les eaux sont directement consommées par respectivement 36%, 64% et 50% des ménages qui s'y approvisionnent en dépit des

risques de contamination auxquelles elles sont exposées.

Au regard de ces constats, on peut dire que les pratiques d'épuration élémentaire de l'eau sont relativement peu répandues surtout pour les eaux provenant des puits (couverts et non couverts) plus fréquents et de marigot. L'utilisation relativement plus importante des puits non couverts par les populations enquêtées prédisposent celles-ci à des risques de maladies. En effet, l'eau de cette source est très exposée à la contamination par des impuretés et autres germes véhiculés non seulement par les hommes et femmes qui les exploitent et par l'action des vents, mais aussi par les insectes et autres animaux qui peuvent même y tomber. Le recours aux eaux de surface pour la consommation des ménages est un facteur de risque bien plus important que celui lié aux puits ouverts même si très peu de ménages sont concernés.

**Tableau 5 : Proportion des femmes enquêtées selon la principale source d'eau de boisson et la méthode de traitement de l'eau utilisée**

Types de traitement de l'eau		Principales sources d'eau potable					Total
		Robinet	Puits couvert	Puits non couvert	Marigot	Forage	
Aucun traitement	Effectifs	186	46	194	4	96	526
	% dans la méthode	89,4%	35,9%	63,8%	50,0%	92,3%	69,9%
	% dans le total	24,7%	6,1%	25,8%	,5%	12,8%	69,9%
Eau portée à ébullition	Effectifs	6	0	2	2	0	10
	% dans la méthode	2,9%	,0%	,7%	25,0%	,0%	1,3%
	% dans le total	,8%	,0%	,3%	,3%	,0%	1,3%
Eau javellisée	Effectifs	2	14	2	0	0	18
	% dans la méthode	1,0%	10,9%	,7%	,0%	,0%	2,4%
	% dans le total	,3%	1,9%	,3%	,0%	,0%	2,4%
Eau filtrée	Effectifs	12	64	54	0	4	134
	% dans la méthode	5,8%	50,0%	17,6%	,0%	3,8%	17,8%
	% dans le total	1,6%	8,5%	7,2%	,0%	,5%	17,8%
Eau décantée	Effectifs	6	0	0	2	0	8
	% dans la méthode	2,9%	,0%	,0%	25,0%	,0%	1,1%
	% dans le total	,8%	,0%	,0%	,3%	,0%	1,1%
Traitement à l'aquatab	Effectifs	4	14	32	0	0	50
	% dans la méthode	1,9%	10,9%	10,3%	,0%	,0%	6,6%
	% dans le total	,5%	1,8%	4,2%	,0%	,0%	6,6%

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Les informations rassemblées au niveau des communautés enquêtées permettent de dire que l'hygiène de l'eau présente un risque de danger de maladie pour les populations et plus particulièrement les femmes et les enfants. En effet, il ressort que dans la majorité des villages, les comités de gestion des points d'eau qui ont la charge de sensibiliser les populations dans le cadre de la promotion de l'hygiène n'existent pas et, quand bien même ils existent, ils ne sont pas fonctionnels ou ne disposent pas de moyens matériels suffisants pour s'assumer. Il est par conséquent nécessaire d'entreprendre des actions visant à réduire les risques de maladies liées à la consommation directe des eaux de puits non couverts et des mares exposées à la contamination. Dans cette perspective, le recensement, la mise en place ou la dynamisation de ces structures de base constitue le point de départ à considérer.



### 2.2.1.3 Utilisation de latrine par les ménages

#### 2.2.1.3.1 Types de latrines existants dans les foyers

L'enquête montre que 24% des répondantes ont affirmé l'existence de latrines dans leurs ménages contrairement à la majorité, soit 76%, dont les membres des ménages ont d'autres recours pour satisfaire leurs besoins.

Là où elles existent, les latrines sont de deux types selon la qualité de la fosse sur laquelle est posée une plateforme ou une dalle. Il s'agit des latrines à fosse traditionnelle construite en matériaux locaux (banco) qui sont majoritaires chez 82% des ménages et des latrines à fosse moderne (construite en briques de ciment) localisées dans 17% des ménages (tableau 6).

**Tableau 6 : Proportion des femmes enquêtées selon le type de latrines utilisées habituellement par le ménage parmi les ménages équipés**

Types de latrines	Effectifs	Pourcentage
Latrines à fosse moderne	32	17,0
Latrines à fosse traditionnelle	154	81,9
Autres	2	1,1
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100,0</b>

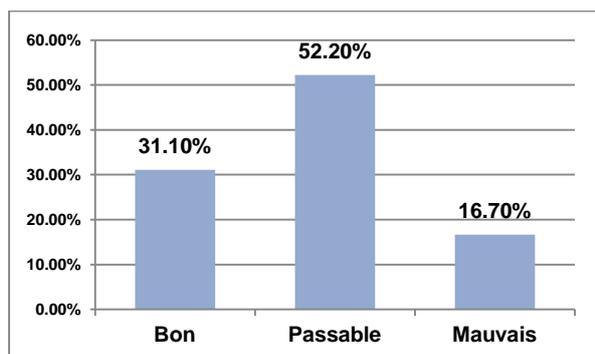
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

L'observation visuelle des latrines (figure 3) a permis de faire les constats visuels des enquêteurs suivants :

1. dans 31,1% des cas, l'état est bon (propre, peu de mouches) ;
2. dans 52,2% des cas, l'état est passable (puanteur et présence de mouches) ;
3. dans 16,7% des cas, l'état est mauvais (excrément sur les abords, puanteur, foisonnement de mouches).

De ce constat on peut retenir que même au niveau des ménages qui se sont engagés à se doter d'une latrine, le taux de salubrité reste très faible. Cela démontre qu'il est nécessaire de prendre des mesures concrètes en vue d'améliorer l'assainissement et l'hygiène et diminuer ainsi le péril fécal dans les concessions.

**Figure 3 : Proportion des ménages avec latrines selon l'état d'hygiène**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Une analyse transversale de la situation, comme cela est indiqué dans le tableau 7, permet de relever que :

1. parmi les latrines en bon état, celles à fosse moderne sont relativement en meilleure position (86%) par rapport à celles à fosse traditionnelle (22%) ;
2. parmi les latrines en état passable, celles à fosse traditionnelle sont dominantes (59,7%) par rapport à celles à fosse moderne (7,1%) ;
3. parmi les latrines en mauvais état, celles à fosse traditionnelle dominant (18,1%) celles à fosse moderne (7,1%).

Cette situation montre clairement que les latrines à fosse moderne sont en meilleur état d'hygiène que celles à fosse traditionnelle. Cet état de fait s'explique possiblement par les soins particuliers que les ménages propriétaires apportent aux latrines de type moderne et, cela, à cause de leurs coûts de réalisation relativement plus élevés. Ainsi, la préservation de l'infrastructure s'impose pour ne pas anéantir d'une part l'investissement et d'autre part le privilège lié en sa possession.

La question de disposer ou non de latrines à domicile dépend de plusieurs facteurs dont le choix d'en avoir mais qui n'est pas le même dans tous les ménages ainsi que le coût de la réalisation de l'infrastructure inaccessible aux ménages extrêmement pauvres.

**Tableau 7 : Proportion des ménages selon l'état d'hygiène des latrines et le type de fosse**

État d'hygiène des latrines		Types de latrine		Total
		Fosse moderne	Fosse traditionnelle	
Bon	Effectif	24	32	56
	% dans types de latrine	85,7%	22,2%	32,6%
	% du total	14,0%	18,6%	32,6%
Passable	Effectif	2	86	88
	% dans types de latrine	7,1%	59,7%	51,2%
	% du total	1,2%	50,0%	51,2%
Mauvais	Effectif	2	26	28
	% dans types de latrine	7,1%	18,1%	16,3%
	% du total	1,2%	15,1%	16,3%
<b>Total</b>	<b>Effectif</b>	<b>28</b>	<b>144</b>	<b>172</b>
	<b>% dans types de latrine</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>% du total</b>	<b>16,3%</b>	<b>83,7%</b>	<b>100,0%</b>

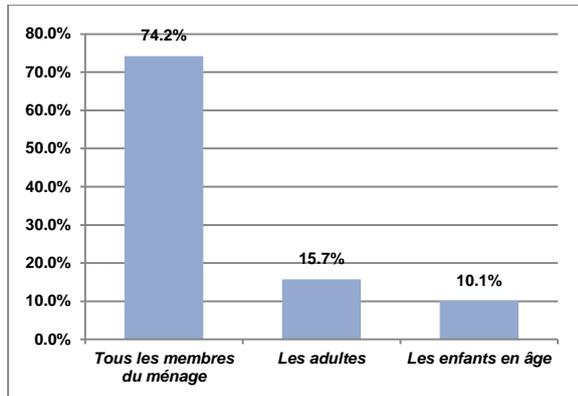
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### **2.2.1.3.2 Utilisation des latrines dans les ménages**

Les latrines existantes dans les ménages ne sont pas utilisées de la même façon par tous les membres de la famille. Dans 74% des cas, tous les membres du ménage en font usage. Dans 16% des cas, les latrines sont utilisées exclusivement par les adultes et dans 10% des cas que les enfants capables de les utiliser et y sont autorisés (figure 4).

Cette discrimination selon l'âge dans l'usage des latrines privées est un véritable frein à la promotion de la santé non seulement pour les ménages concernés mais aussi pour la communauté tout entière. En effet l'exclusion volontaire ou non de certains membres d'un ménage conduit nécessairement ces derniers à recourir soit à des toilettes publiques, soit aux latrines chez les voisins, soit à la défécation à l'air libre dans la nature.

**Figure 4 : Proportion des femmes enquêtées selon l'utilisation des latrines par les membres du ménage**

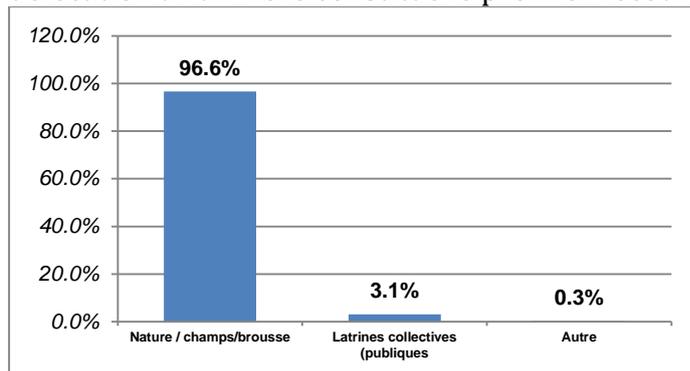


Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Selon les femmes interrogées et dont les ménages ne disposent pas de latrines privées, les recours sont la brousse dans près de 97% des cas ou les douches publiques dans 3% des cas (figure 5).

**Figure 5 : Proportion des femmes enquêtées et défécation à l'air libre**

76% des femmes enquêtées ne disposent pas de latrines dans leurs ménages et la défécation à l'air libre constitue le premier recours (96.6%)



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

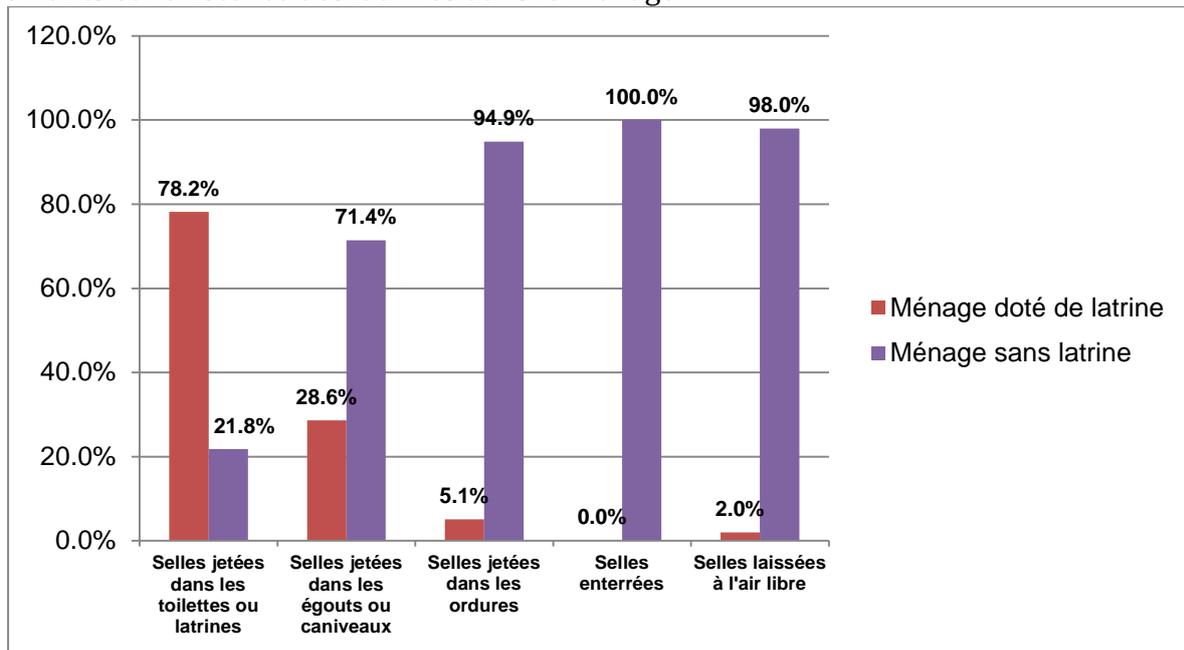
### 2.2.1.3.3 Gestion des selles des enfants

À la lecture de la figure 6, on peut constater que le comportement des ménages en matière de gestion des selles des enfants dépend en partie de l'existence ou non de latrine dans le foyer. En outre, parmi les foyers dotés d'une latrine (24%), 78% des ménages s'en servent pour y disposer des selles de leurs enfants, mais 28,6% utilisent les caniveaux (ville de Diffa), 5% les jettent sur les ordures et seulement 2% les laissent à l'air libre. Le

comportement des ménages qui n'ont pas de latrine dans la concession est tout à fait le contraire comme le montre la même figure. Le tableau 8 présente les détails liés aux comportements de la population globale enquêtée.

Le constat est que quand un ménage dispose d'une latrine il adopte un meilleur comportement en matière d'hygiène. Par conséquent un programme de sensibilisation, d'éducation et de communication doit impérativement être mis en œuvre afin d'enclencher des changements de comportement favorisant l'hygiène du milieu de vie des populations. Il est également important, sinon impératif, d'apporter un appui matériel ou financier aux ménages pauvres qui en expriment le besoin en vue de la construction de latrine améliorée dans leurs concessions.

Figure 6 : Proportion des femmes enquêtées selon le mode de gestion des selles des enfants et l'existence des latrines dans le ménage.



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Tableau 8 : Gestion des selles selon l'existence de latrines dans les ménages

Existence de latrine dans le ménage	Selles jetées dans les toilettes ou latrines			Selles jetées dans les égouts ou caniveaux			Selles jetées dans les ordures			Selles enterrées			Selles laissées à l'air libre
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui
Oui	122	52	174	4	168	172	18	152	170	0	172	172	2
	78,2%	9,1%	24,0%	28,6%	23,6%	23,7%	5,1%	40,6%	23,4%	0,0%	25,1%	23,7%	2,0%
Non	34	518	552	10	544	554	334	222	556	42	512	554	96
	21,8%	90,9%	76,0%	71,4%	76,4%	76,3%	94,9%	59,4%	76,6%	100,0%	74,9%	76,3%	98,0%
Total	156	570	726	14	712	726	352	374	726	42	684	726	98
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

## 2.2.1.4 Pratique du lavage des mains

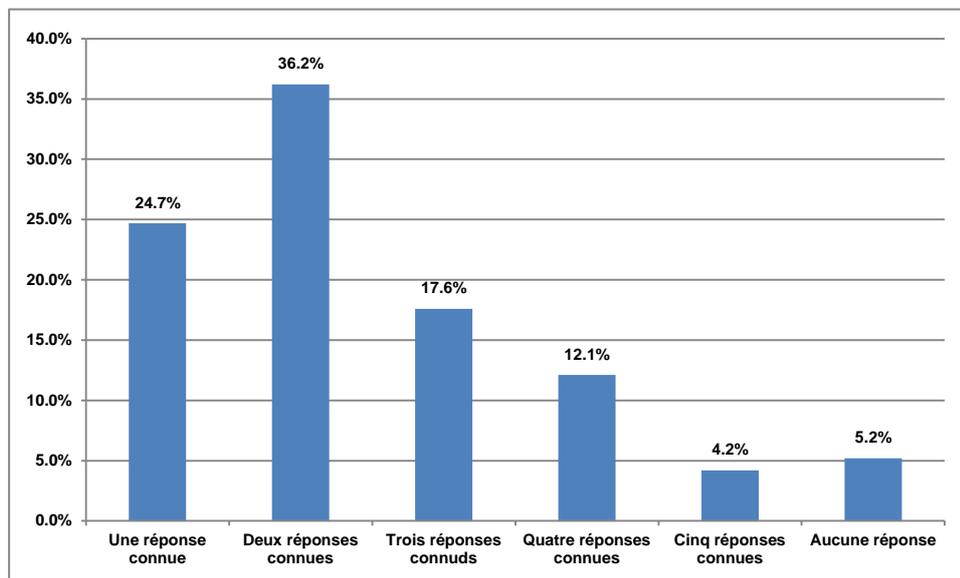
### 2.2.1.4.1 Moments de lavage des mains

À l'analyse du tableau 9, on peut noter que 33,9% des femmes interrogées ont déclaré laver leurs mains à au moins 3 moments clés (cités parmi les 5 recommandés<sup>4</sup>) alors que 5,2% n'en pratiquent pas du tout.

Nombre de moments clé	Effectifs	Pourcentage
Un moment	189	24,7
Deux moments	277	36,2
Trois moments	135	17,6
Quatre moments	93	12,1
Cinq moments	32	4,2
Aucun moment	40	5,2
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>100,0</b>

En termes de niveau de connaissance, on peut constater que seulement 4% des femmes interrogées connaissent les cinq (5) principaux moments de lavages des mains (figure 8).

**Figure 7 : Proportion des femmes selon le niveau de connaissance des 5 principaux moments de lavage des mains**



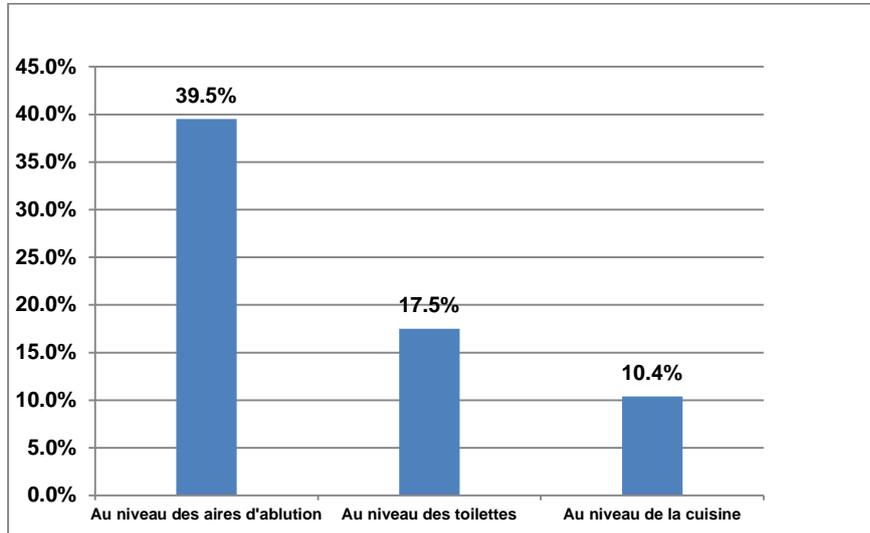
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.1.4.2 Places de lavage des mains

<sup>4</sup> Avant de manger ; après défécation ; avant de préparer à manger ; après le nettoyage des selles de l'enfant ; avant de donner à manger à l'enfant.

Plusieurs lieux sont dévolus au lavage des mains dans les ménages (figure 9). Il s'agit notamment des aires d'ablution (39,5% des ménages), des toilettes (17,5% des ménages) et à côté de la cuisine (10,4% des ménages).

**Figure 8 : Proportion des femmes enquêtées selon les aires réservées au lavage des mains (N=768)**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

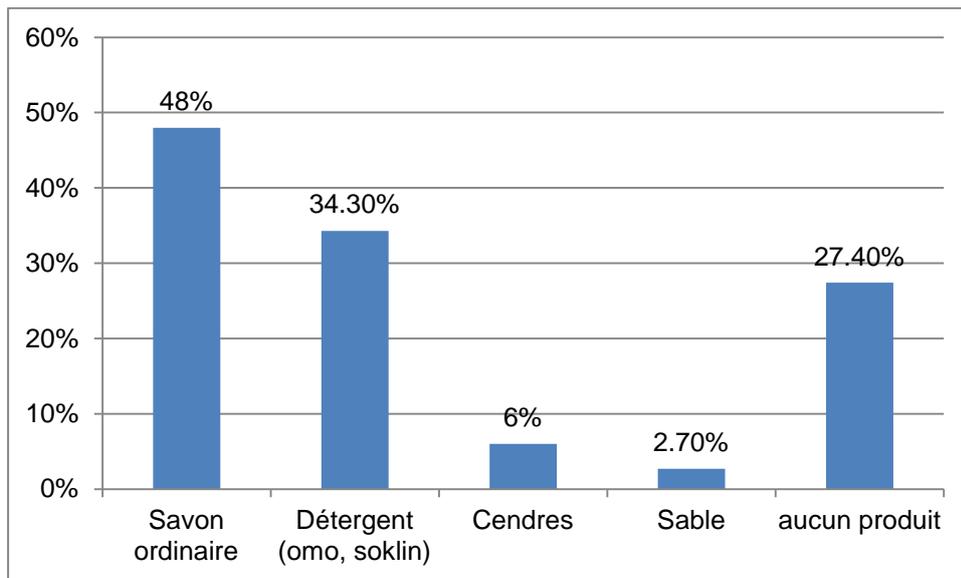
Dans 35,5% des ménages, il n'y a pas un seul endroit fixe pour le lavage des mains, qui peut se faire partout dans la concession, même à côté des canaris qui sont des réserves d'eau potable. Quelquefois c'est un "petit trou" qui est creusé dans le sol soit près de la cuisine soit près des toilettes et qui sert de réceptacle pour collecter les eaux usées ayant servi, entre autres, au lavage des mains.

#### **2.2.1.4.3 Produits de lavage des mains**

En dehors de l'eau, plusieurs produits observés lors de l'enquête sont utilisés dans le cadre du lavage des mains. Il s'agit notamment du savon ordinaire dans 48% des ménages, du détergent (Omo, Soklin) dans 34,3% des ménages, des cendres dans 6% des ménages et du sable dans 2,7% des ménages (figure 10). Il convient de souligner que dans les autres ménages (27,4%), il n'existe aucun produit, en dehors de l'eau, destiné spécifiquement au lavage des mains dans les ménages.

De façon générale, les insuffisances constatées trouvent une bonne partie de leur explication d'une part dans la pauvreté de certains ménages qui ne peuvent s'offrir le luxe de s'acheter du savon et d'autre l'ignorance résultant du manque d'information sur l'importance du lavage des mains. Ce qu'il faut déplorer, c'est qu'il existe des comités de gestion dans certains villages mais vu la léthargie dans laquelle la majorité végète, ils n'arrivent pas à poursuivre les actions d'information et de sensibilisation des populations sur l'hygiène en général et le lavage des mains en particulier.

Figure 9 : Proportion des femmes enquêtées selon les types de produits de lavage des mains (N= 768)



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014

#### 2.2.1.4.4 Conclusion et recommandation partielles

Le niveau de connaissances des femmes enquêtées et les pratiques dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement au sein des ménages sont assez insuffisants du fait de certains comportements qui tranchent avec les mesures recommandées dans le domaine. En effet, la consommation des eaux provenant notamment des puits non couverts et de marigot sans traitement, le manque de latrines, la restriction de l'utilisation des latrines par une partie des membres de la famille, leur mauvais état d'hygiène, la défécation à l'air libre, la mauvaise manipulation des excréments des enfants, le lavage des mains à des places peu indiquées constituent des pratiques qui favorisent la propagation des maladies liées au manque d'hygiène.

Par conséquent, des efforts doivent être consentis en vue d'enclencher un changement de comportements généralisé et d'améliorer ainsi les conditions d'hygiène des femmes et des enfants notamment. Il s'agit ici d'entrevoir un vaste programme de soutien au renforcement des capacités des communautés de la zone de l'étude, portant sur :

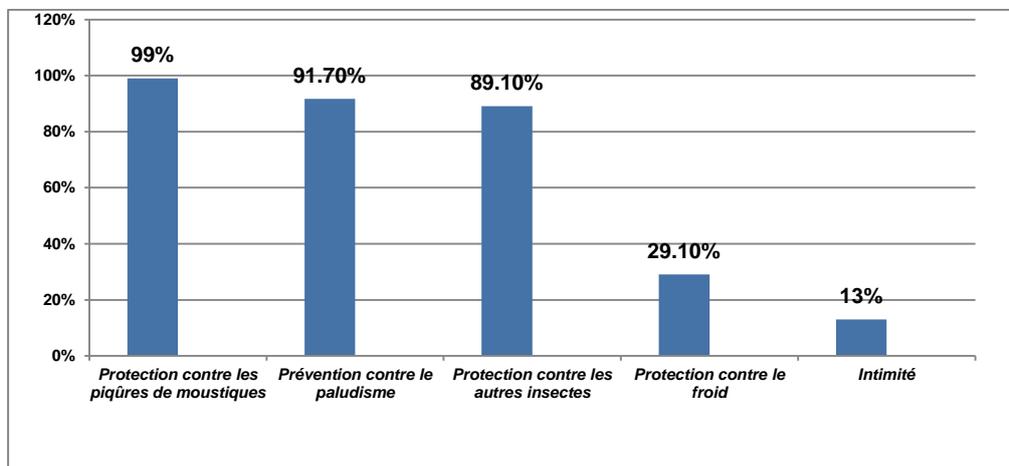
1. la réalisation de nouveaux points d'eau potable et à l'entretien de puits existants (puits couverts et non couverts) ;
2. la construction des latrines par les ménages ;
3. le traitement des eaux puisées des sources exposées à la contamination ;
4. la conservation de l'eau de boisson et naturellement des autres aliments ;
5. la réalisation de latrines à fosse moderne dans les ménages disposés à les recevoir ;
6. la mise en œuvre d'une campagne d'IEC sur l'hygiène environnementale en général et sur les pratiques de lavage des mains en particulier ;
7. l'installation, la formation et/ou le recyclage des comités de gestion des points d'eau et des comités d'hygiène en vue d'assurer l'information et la sensibilisation des communautés dont ils relèvent.

## 2.2.2 CAP dans le domaine de l'utilisation de la MII chez tous les ménages

### 2.2.2.1 Connaissance sur les avantages de la MII

Au regard de la figure 11 on constate que les principaux avantages cités par les femmes enquêtées comprennent la protection contre les piqûres de moustiques (99%), la prévention contre le paludisme (91,7%) et la protection contre les autres insectes (89,1%). Il convient de relever que pour une minorité de 0,5% des femmes, la moustiquaire protège contre la rosée nocturne. Notons cependant que 9,3% des personnes interrogées n'ont aucune connaissance sur l'intérêt de la MII.

**Figure 10 : Proportion des femmes enquêtées selon leur connaissance des avantages de l'utilisation de la MII**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014

### 2.2.2.2 Accès des ménages à la moustiquaire imprégnée d'insecticides

Il ressort de l'enquête que 33% des ménages ne disposent pas de MII. Dans les 67% qui en possèdent, le nombre de moustiquaires varie entre 1 et 5, soit une moyenne de 2 unités par ménage.

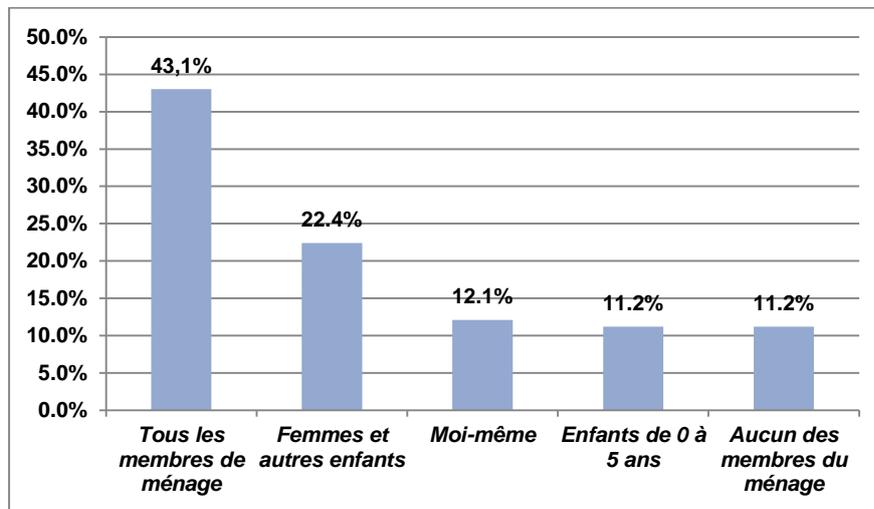
### 2.2.2.3 Utilisation effective par les ménages de la moustiquaire imprégnée d'insecticides

L'enquête fait ressortir que des membres de 89% des ménages (586/660) ont dormi sous la moustiquaire imprégnée d'insecticides la nuit dernière. La figure 12 montre que dans 43% des ménages, tous les membres de leurs ménages ont dormi sous MII la nuit précédente, dans 22% des ménages, les femmes et les enfants ont été privilégiés, dans 12% des ménages, les femmes enquêtées ont toutes passé la nuit précédente sous MII et dans 11% des ménages, ce sont les enfants de moins de 5 ans qui sont concernés.

Mais il faut retenir que le réflexe a failli dans certains ménages où, selon 11% des répondantes, aucun membre de leurs familles n'a dormi la veille sous moustiquaire. Cet

état de fait met en danger au moins une (1) femme enceinte sur dix (10), ce qui doit faire l'objet d'une attention particulière par le projet.

**Figure 11 : Proportion des femmes enquêtées avec MII selon l'utilisation de la moustiquaire la veille**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.2.4 Conclusion et recommandation partielles

Le constat à tirer de cette situation est que les mères interrogées ont une assez bonne connaissance des avantages de la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Cela s'explique en grande partie par les acquis antérieurs en termes d'actions de sensibilisation et d'appui en MII dans la zone de l'étude qui n'est autre que celle où sont déjà intervenus plusieurs partenaires dont l'ONG HKI. Mais, il faut aussi reconnaître que dormir toutes les nuits sous moustiquaire n'est pas une pratique permanente dans tous les ménages et là où elle est effective, certains membres de la famille en sont privés. En effet, les groupes les plus vulnérables dont font partie les femmes enceintes, les enfants de 0 à 24 mois ne sont pas toujours protégés. On conviendra que la disponibilité d'une moustiquaire imprégnée d'insecticides dans un ménage ne signifie nullement son utilisation effective par les membres.

Partant de cet état de fait, il est urgent que le projet adresse la question non seulement en mettant des MII à la disposition des ménages les plus démunis mais réalise également un programme d'IEC en vue de sensibiliser davantage les populations cibles sur l'intérêt de l'utilisation de la moustiquaire pour toute la famille.

### 2.2.3 CAP chez les femmes enceintes

#### 2.2.3.1 Domaine du suivi de la grossesse

##### 2.2.3.1.1 Existence de document de santé

L'enquête a montré que 55,6% des répondantes disposent d'un carnet de santé ou de tout autre type de document délivré ou établi par une formation sanitaire concernant leur état. La vérification visuelle a permis de relever l'existence de ce document chez près de 51%. Toutefois, la situation reste préoccupante étant donné que plus de 44% des femmes

enquêtées n'en disposent pas. Cette situation fait ressortir le problème de fréquentation des formations sanitaires et/ou du suivi des consultations prénatales et autres soins reçus dans les centres de santé.

Comme cela ressort des entretiens menés auprès des personnels de santé et des leaders communautaires, il existe plusieurs explications à cet état de fait :

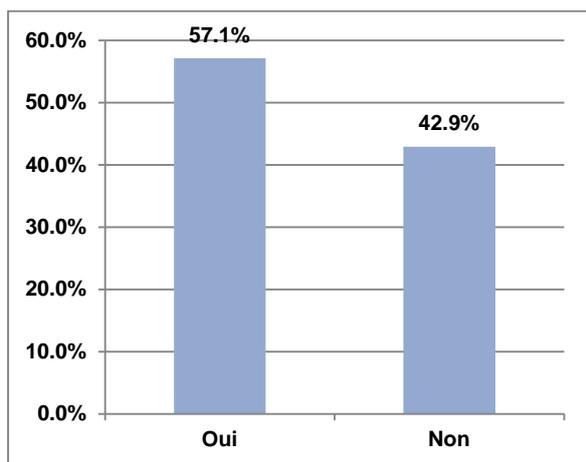
1. les ruptures fréquentes des fiches et carnets (soins et santé) ;
2. la non conservation des documents par les femmes ;
3. la non matérialisation des actes et soins par les agents de santé ;
4. la non utilisation des services de santé par certaines femmes ;
5. la non viabilité du système de recouvrement de coût ;
6. le nombre important de supports à remplir ;
7. la charge du travail élevée des agents de santé.<sup>5</sup>

Pour pallier à de telles insuffisances, il s'agira d'appuyer les structures de santé étatiques dans la reproduction des outils et supports de collecte de données et de sensibiliser les femmes sur l'importance des documents délivrés par les agents de santé et sur leur conservation adéquate.

#### 2.2.3.1.2 Pratiques de la CPN

Selon leurs déclarations, plus de 57% des répondantes ont eu à consulter dans le cadre de la CPN<sup>6</sup> contre près de 43% qui ne l'ont jamais fait (figure 13). Toutes les femmes qui se sont rendues pour la visite prénatale ont été consultées par un personnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme, ASC), sauf dans un seul cas où c'était l'accoucheuse traditionnelle qui a été approchée (tableau 8). L'explication d'une telle pratique s'explique en grande partie par certaines mesures incitatives comme la gratuité des soins et les dons de la moustiquaire imprégnée d'insecticides.

**Figure 12 : Proportion des femmes enceintes selon la pratique de la CPN**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

<sup>5</sup> Ces résultats ne sont pas loin des données de l'évaluation du système national d'information sanitaire et plan opérationnel 2005-2009 qui ont relevé les ruptures fréquentes des supports de collecte des données, surcharge du travail au niveau des CSI.

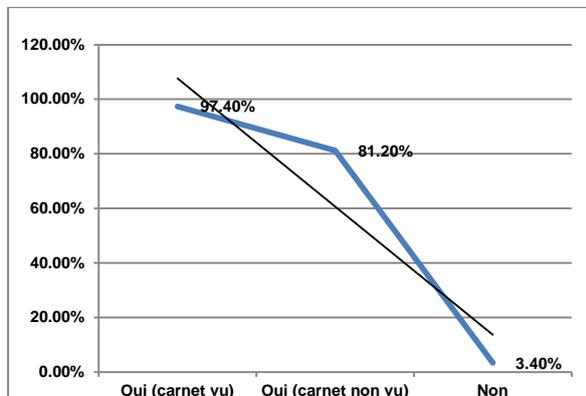
<sup>6</sup> Nos données semblent en cohérence avec les résultats de l'EDSN 2012 qui font ressortir que 57% des femmes ont bénéficié de soins prénatals pour la région de Diffa.

**Tableau 8 : Proportion des femmes enceintes enquêtées qui ont assisté au CPN**

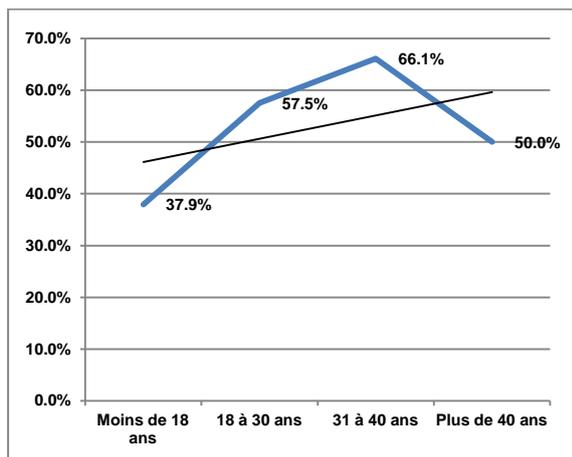
Personnes consultées	Effectifs	Pourcentage
Agent de santé	203	99,5
Accoucheuse traditionnelle	1	0,5
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Comme cela transparait des figures 14 et 15, il semble exister un lien entre le fait de disposer d'un carnet de santé, l'âge et la pratique de CPN par les femmes. En effet, 97% de celles qui ont présenté leurs documents et 81% de celles qui ont déclaré en disposer ont fait des visites prénatales alors que les 96,6% qui n'ont pas de carnet n'ont pas effectué de CPN. On constate également que plus l'âge de la femme enceinte est avancé plus elle effectue les visites prénatales, et cela, jusqu'à la limite de plus de 40 ans.

**Figure 13 : Lien entre la possession d'un carnet de santé et la pratique de CPN**

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

**Figure 14 : Lien entre l'âge et la pratique de CPN**

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Cependant, le cas de celles qui n'ont jamais fait recours à la CPN reste important compte tenu de leur nombre. Ce comportement semble se justifier selon les déclarations issues des focus groupes par deux facteurs répartis en deux catégories :

- **Facteurs liés aux insuffisances des centres de santé**

- 1 les ruptures fréquentes des MEG ;
- 2 le mauvais accueil par certains agents de santé ;
- 1 la longue attente des femmes avant d'être vues par l'agent de santé alors qu'elles ont de nombreuses tâches domestiques et/ou de production ;
- 2 l'insuffisance dans l'intégration de l'activité ;
- 3 l'éloignement des centres de santé pour les populations.

- **Facteurs socio-psychologiques (croyances et traditions)**

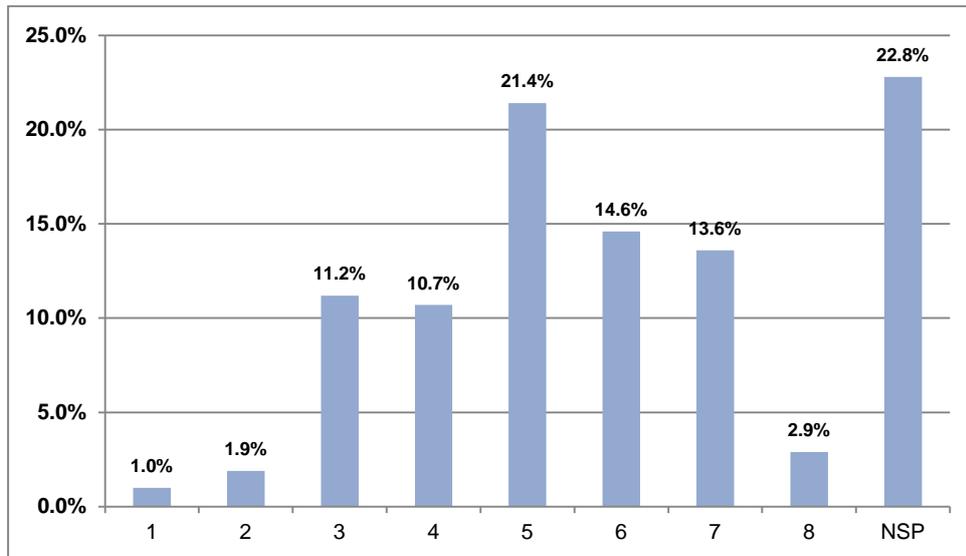
- 1 la méconnaissance de l'intérêt des CPN ;
- 2 la considération des structures étatiques comme dernier recours en cas de gravité ;
- 3 la pudeur vis-à-vis des agents de santé masculins ;
- 4 la perte de l'intimité du fait de l'inexistence des salles appropriées dans certains centres de santé.

Il ressort des entretiens avec les personnels de santé ainsi que les responsables communautaires, l'influence de certains membres de la famille, à savoir les grands-mères et les belles-mères de ces femmes voire de leurs maris, qui demeurent encore réfractaires à la fréquentation des centres de santé et par conséquent aux consultations prénatales. L'une des principales explications réside dans le fait que leurs parents à eux n'ont pas connu de CPN. Pourtant des sensibilisations ont déjà été menées au niveau de certains centres de santé par des relais communautaires, ce qui aurait d'ailleurs permis d'amorcer des changements de comportements chez des ménages. Mais la situation actuelle montre en fait que des efforts restent encore à faire pour emmener davantage de femmes enceintes à effectuer des visites de CPN. La réalisation d'une analyse des obstacles accompagnée d'une stratégie de changement de comportement adaptée au contexte prenant en compte les cibles principales s'impose par conséquent. Il est aussi important de mettre à la disposition des centres de santé des stocks de carnets de santé suffisants et d'orienter la sensibilisation surtout vers les femmes enceintes les plus jeunes, car celles-ci sont les plus exposées à l'influence des belles mères ou des grands-mères réfractaires à la pratique.

#### **2.2.3.1.3 Date de la première CPN**

La figure 16 montre que parmi les femmes interrogées, seules 14,1% ont effectué leur première CPN dans les premiers trois (3) mois de leur grossesse. Pour les autres 96%, certaines l'ont fait au-delà du délai recommandé et d'autres ne l'ont pas fait. Cette situation mérite une attention particulière quant à la sensibilisation des populations et tout particulièrement des femmes enceintes en vue de s'inscrire dans le délai souhaité.

**Figure 15 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon l'âge de la grossesse à la date de la première CPN**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

En outre, l'efficacité des soins prénatals dépend de leur régularité, du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. C'est à cet effet que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers, tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu avant le quatrième mois de la grossesse.

Selon les discussions avec les personnels de santé et les responsables communautaires, il ressort plusieurs facteurs plus ou moins importants incitant les femmes à se faire consulter au troisième mois. Il y a surtout les actions antérieures de sensibilisation des femmes qui ont accès au centre de santé et la diminution des décès infanto maternels constatée par les communautés elles-mêmes. Par contre, pour celles qui le font tardivement, les explications résident dans l'ignorance découlant essentiellement du manque d'information et de communication sur l'importance des CPN et des autres facteurs cités plus haut.

Devant une telle situation, il y a lieu de tirer sur la sonnette d'alarme en ce sens que le projet doit prévoir, en collaboration avec le district sanitaire, des programmes spécifiques axés sur la thématique de CPN visant :

1. d'une part, le renforcement de capacités des formations sanitaires à travers : la mise en œuvre de : 1) la formation et/ou le recyclage des personnels de santé sur les protocoles d'accueil des patients notamment les femmes enceintes et de suivi régulier des agents de santé ; 2) l'affectation d'un nombre plus important d'agents du sexe féminin dans les centres de santé ; 3) le recyclage des relais communautaires ; 4) le rappel sur la déontologie (obligation des agents de santé) et, 5) au cas extrême, la prise par les autorités sanitaires des mesures disciplinaires à l'encontre des agents qui font exception à la règle ;
2. d'autre part, la sensibilisation des communautés villageoises, y compris les femmes enceintes et leurs conjoints ainsi que les autres membres influents de la famille, à savoir les grands-mères et les belles-mères encore réfractaires aux pratiques de soins modernes.

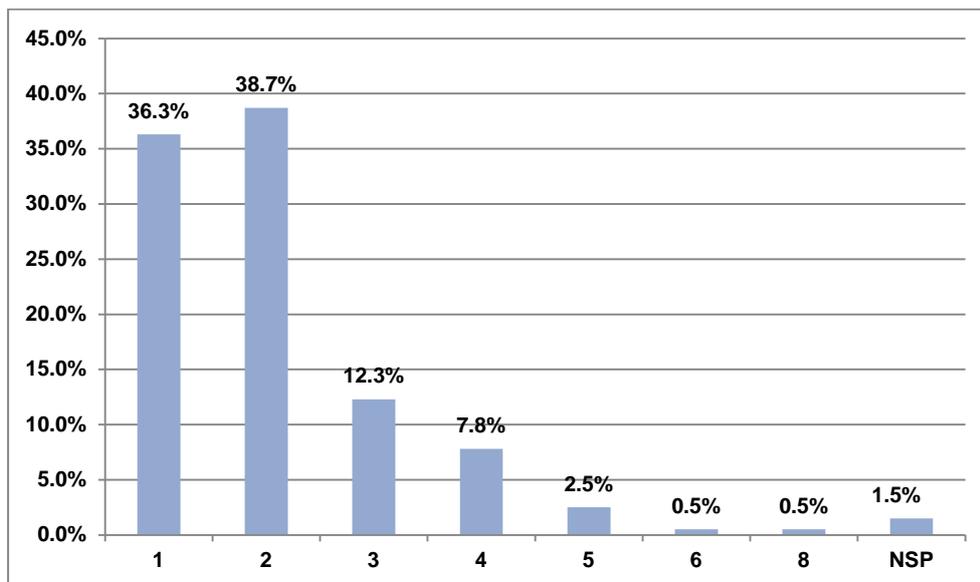
#### 2.2.3.1.4 Nombre de séances de CPN réalisées

L'analyse de la figure 17, on peut constater que pour la majorité des femmes interrogées, soit 98,5%, ont effectué au moins une visite CPN ; le nombre de CPN effectuées à la date de la présente enquête est compris entre 1 et 8.

La majorité des femmes a eu à effectuer au moins une visite prénatale, elles doivent être encouragées pour atteindre la norme établie par l'OMS qui est d'au moins 4 CPN avant l'accouchement. Mais cela ne peut être possible sans la précocité des visites pour la CPN. Pour ce faire, il est préconisé de :

1. Renforcer les capacités des centres de santé en personnels mixtes et selon les normes ;
2. Intensifier la sensibilisation des couples sur l'importance de la précocité de la CPN ;
3. Rendre disponibles les supports de collecte de l'information en particulier les carnets de santé de la mère et de l'enfant ;
4. Effectuer des suivis rapprochés des indicateurs y afférents.

**Figure 16 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le nombre de CPN effectuées**

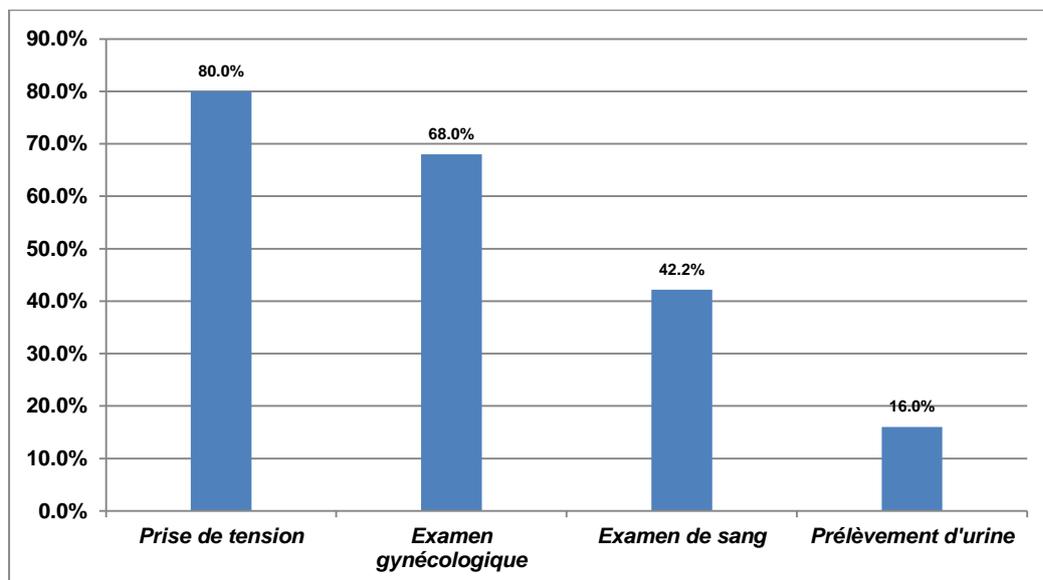


Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.3.1.5 Types d'examens effectués au cours des visites prénatales

L'enquête fait ressortir qu'un peu plus de 42% des répondantes ont déclaré avoir bénéficié d'au moins un examen durant leur grossesse contre près de 58% qui n'ont reçu aucun examen. Ainsi dans le premier groupe, 80% des femmes ont bénéficié de la prise de tension, 68% de l'examen gynécologique, 42,2% de l'examen de sang et 16% de prélèvement d'urine (figure 18).

**Figure 17 : Types d'examens réalisés chez les femmes lors de la CPN (N= 187)**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Au vu des résultats ci-dessus, on constate qu'il y a des avancées significatives dans le bilan de santé des femmes enceintes surtout qu'il s'agit des CSI et CS localisés en majorité en milieu rural. Le bilan de santé de la femme enceinte à des périodes appropriées permet de suivre l'évolution de la grossesse, de détecter et de prendre en charge à temps les complications de toute nature pendant cette étape de la vie et c'est d'ailleurs pourquoi il est recommandé quatre (4) visites. L'insuffisance des conditions matérielles qui caractérise la plupart des formations sanitaires rurales pourrait expliquer les résultats en termes d'examens réalisés lors des CPN, notamment en ce qui concerne le sang et les urines.

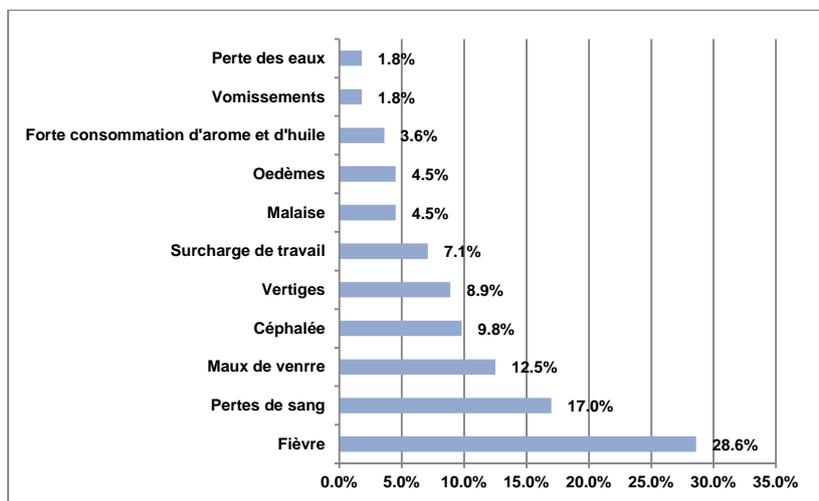
#### 2.2.3.1.6 Informations reçues sur les dangers de la grossesse

En dehors des examens notés plus haut, 31% de ces femmes ont indiqué avoir été entretenues sur les signes de danger par rapport à leur état. Mais 60,5% ont déclaré le contraire et plus de 4% ne s'en souviennent pas.

La figure 19 présente les dangers les plus cités dont la fièvre (28,6%), les saignements (17%) les douleurs (12,5%), etc.

Au vu de cette situation, on peut aisément reconnaître que le niveau de connaissance des femmes enceintes sur les signes de danger de la grossesse est très bas. Les explications semblent liées à la faiblesse dans la fréquentation des services de santé notamment pour la CPN mais aussi à une insuffisance de communication de la part des agents de santé.

Figure 18 : Dangers liés à la grossesse selon les femmes enceintes enquêtées (N=384)



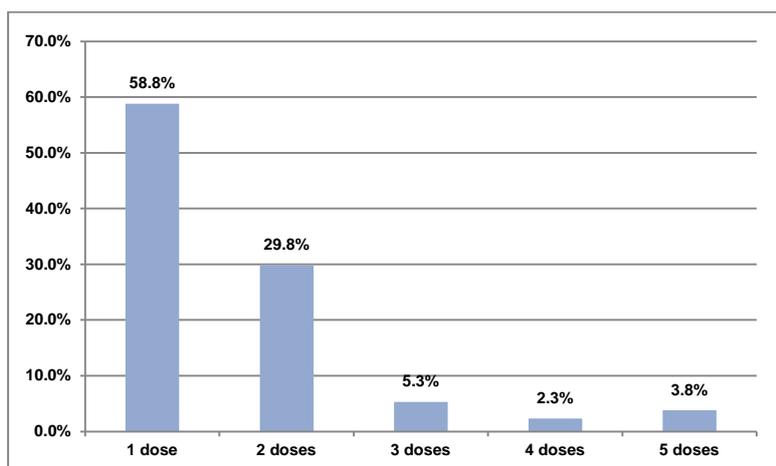
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.3.1.7 Injections antitétaniques reçues par les femmes enceintes

Selon leurs déclarations et/ou sur la base des documents de santé présentés, près de 62% des femmes ont reçu une injection contre le tétanos durant la présente grossesse contrairement à 38% d'entre elles qui ont déclaré n'en avoir pas reçu et pour lesquelles il n'y a pas de document.

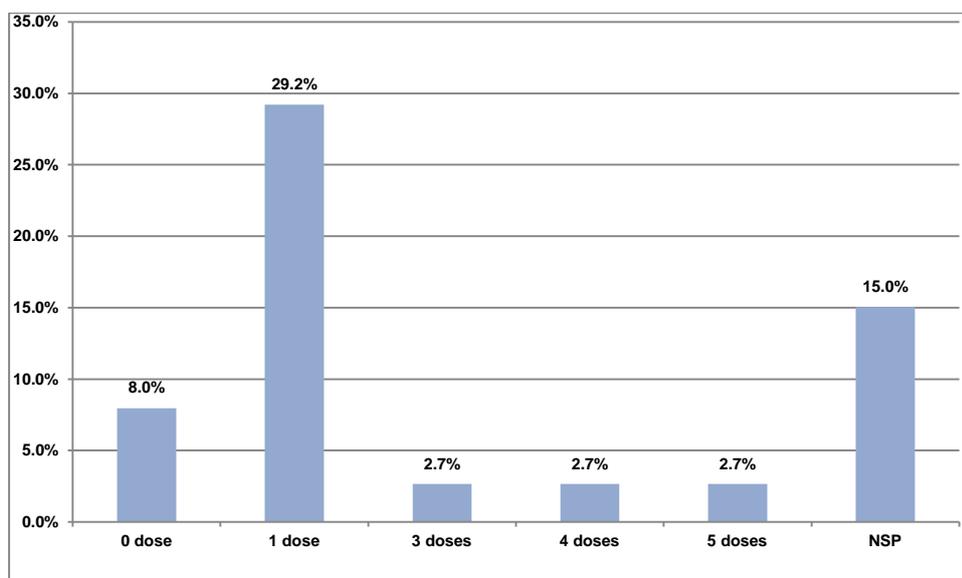
Les informations présentées dans la figure 20 indiquent qu'au cours de leur présente grossesse et à la date de l'enquête, 59% des femmes ont reçu une (1) injection et 30% les deux (2) doses requises. Comparativement à leurs grossesses précédentes (figure 21), la majorité des femmes, soit 29%, ont déclaré en avoir reçu une (1) dose et 8% n'en ont rien reçu.

**Figure 19 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le nombre d'injections reçues contre le tétanos durant la présente grossesse**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

**Figure 20 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le nombre d'injections reçues contre le tétanos durant la grossesse précédente**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Cela est un grand facteur de risque dans une zone comme Diffa où il est encore enregistré un taux élevé d'accouchements à domicile et sans assistance d'agents qualifiés.

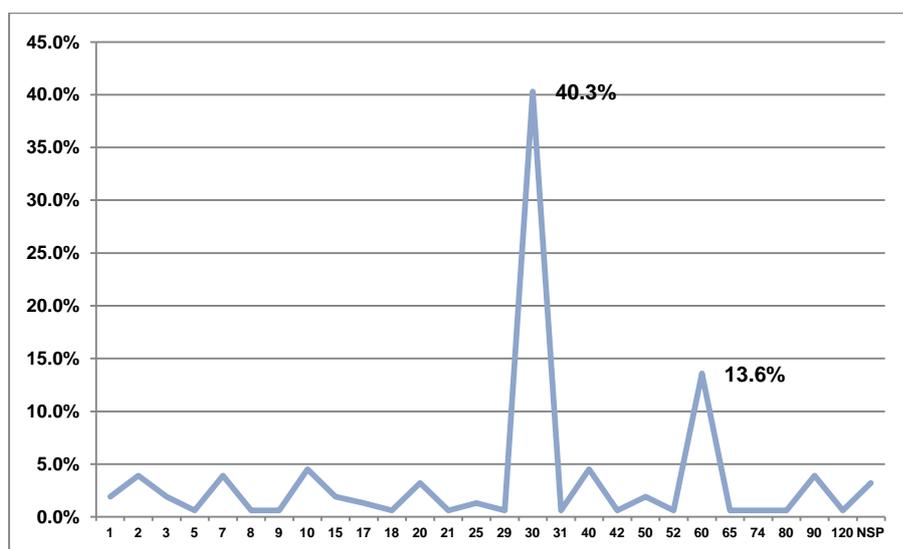
Au regard de ce constat caractérisé par une disparité de pratiques, on peut noter que les normes dans le domaine ne sont pas respectées par toutes les femmes. Cet état de fait semble s'expliquer par :

1. l'insuffisance des capacités matérielles de certaines formations sanitaires (CS) en vue d'assurer le minimum de prise en charge des femmes enceintes, y compris l'inexistence/non fonctionnalité de la chaîne de froid pour la conservation des vaccins au niveau de certains centres de santé enclavés ;
2. le retard de la CPN ;
3. le non-respect des visites retour par certaines femmes ;
4. l'insuffisance dans la conservation des documents par les femmes, ne permettant pas le suivi efficace des prestations reçues.

#### **2.2.3.1.8 Prise de suppléments en fer durant la grossesse**

Par ailleurs, durant la présente grossesse, 71% des femmes enceintes ont déclaré avoir reçu une supplémentation en fer sous forme de comprimés ou de sirop. La durée des prises de ces médicaments varie de 1 à 120 jours selon les déclarations des répondantes. Mais on peut constater que les femmes ont pris leurs suppléments en fer pendant 30 et 60 jours pour respectivement 40,3% et 13,6% d'entre elles (figure 22) suite aux instructions des agents de santé.

**Figure 21 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la durée de prise des suppléments de fer**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.3.1.9 Prise de médicaments contre les vers intestinaux

Le tableau 9 montre que près de 56% des femmes ayant effectué la CPN ont effectivement reçu et pris des médicaments contre les vers intestinaux.

**Tableau 9 : Proportion des femmes ayant fait des consultations CPN qui a pris des médicaments contre les vers intestinaux selon la pratique de la CPN**

Prise de médicaments contre les vers intestinaux		Pratique de CPN		Total
		Oui	Non	
Oui	Effectif	112	0	112
	% du total	54,6%	,0%	54,6%
Non	Effectif	91	2	93
	% du total	44,4%	1,0%	45,4%
<b>Total</b>	<b>Effectif</b>	<b>203</b>	<b>2</b>	<b>205</b>
	<b>% du total</b>	<b>99,0%</b>	<b>1,0%</b>	<b>100,0%</b>

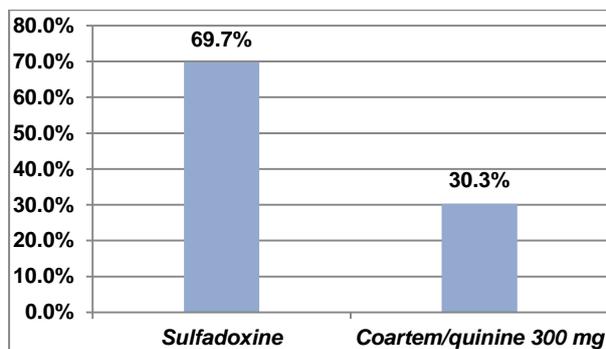
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.3.1.10 Prise de médicaments en prévention du paludisme

L'enquête montre que 34% (71/209 femmes) ont déclaré avoir pris des médicaments pour prévenir le paludisme alors que la majorité. Parmi les femmes ayant pris les médicaments contre le paludisme, pour 70% il s'agit de la Sulfadoxine et du Coartem/quinine 300 mg pour les autres 30% (figure 23).

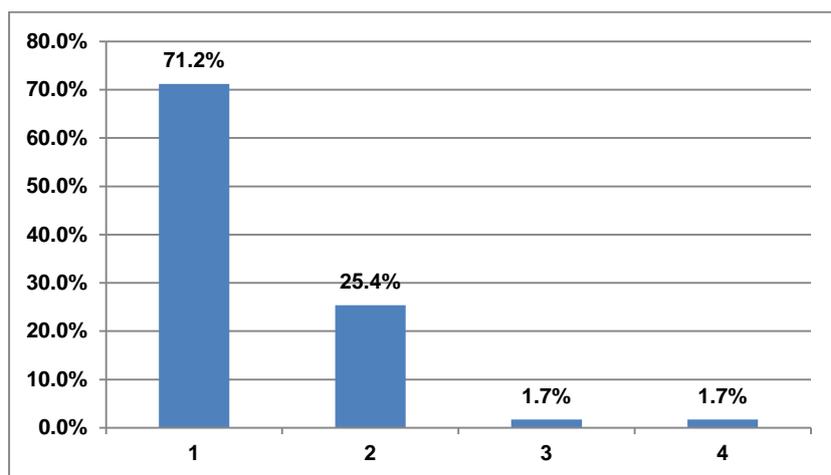
Les résultats font ressortir également que la majorité des femmes, soit 71% (42/59), ont pris la sulfadoxine une seule fois et un quart l'ont prise deux (2 fois) durant leur grossesse et à la date de l'enquête (figure 24).

**Figure 22 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le type de médicaments pris pour prévenir le paludisme**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

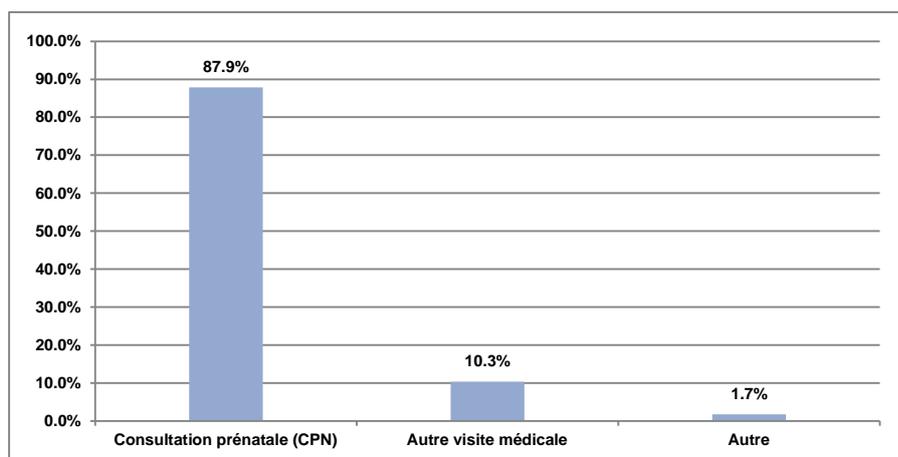
Figure 23 : Proportion des femmes enceintes selon le nombre de prises de la sulfadoxine



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

La figure 25 montre que 88% des femmes ayant reçu un antipaludéen l'ont reçu à l'occasion d'une CPN et un peu plus de 10% à l'occasion d'une autre visite médicale. Les informations rapportées montrent que lorsque les femmes se présentent aux visites prénatales, elles reçoivent également un traitement pour la prévention du paludisme.

Figure 24 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon l'occasion de la prise de la sulfadoxine



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.3.2 Domaines de l'alimentation de la femme enceinte et autres pratiques recommandées

### **2.2.3.2.1 Majoration du nombre de repas pris par jour par la femme enceinte**

Les résultats de l'enquête (figure 26) font ressortir que seulement 10% des femmes interrogées sont d'avis que le nombre de repas de la femme enceinte doit être augmenté alors que près de 90% n'ont pas d'avis. Cette situation peut s'expliquer par les habitudes alimentaires en milieu rural caractérisées généralement par la prise de deux (2) repas au quotidien. À cela il faut ajouter l'insuffisance et parfois l'indisponibilité des aliments au niveau des ménages. Signalons aussi la gestion stricte du grenier ou magasin des vivres par l'homme qui souvent ignore que les besoins nutritionnels de la femme changent en fonction de son état physiologique. Notons par ailleurs l'insuffisance ou le manque d'accès à l'information de certaines femmes vivant loin ou ne fréquentant pas les centres de santé dont l'une des missions consiste à promouvoir un changement de comportement notamment dans le domaine de la nutrition.

Il est par conséquent urgent que le projet accorde une importance particulière à la thématique de l'alimentation de la femme enceinte en vue d'assurer une meilleure santé non seulement à la future mère mais aussi à l'enfant à naître.

### **2.2.3.2.2 Amélioration de l'alimentation de la femme enceinte**

De l'avis de 38% des femmes interrogées (figure 26), la femme enceinte doit manger des aliments de qualité, c'est-à-dire riches en fer notamment de sources animales comme les viandes, les œufs, la volaille, le poisson, le foie, le lait, etc. Mais 62% des femmes enceintes enquêtées ignorent cette recommandation, comme cela ressort des résultats de l'enquête.

### **2.2.3.2.3 Augmentation du temps de repos de la femme enceinte**

Parmi les femmes enquêtées, la majorité, soit les  $\frac{3}{4}$ , ignore que le temps de repos de la femme enceinte doit augmenter (figure 26). Cette méconnaissance de ces femmes s'explique en grande partie par le contexte économique précaire des populations rurales qui sont engagées dans une perpétuelle lutte pour leur survie. Les femmes, tout comme les hommes, demeurent toujours engagées dans les activités de production en plus de leurs tâches de reproduction et sociales. Les travaux domestiques, les AGR (maraîchage, élevage, petit commerce de proximité, etc.) sont leurs domaines de prédilection. Par ailleurs, la compétition entre les femmes et le "qu'en dira-t-on" sont des obstacles au répit des femmes enceintes notamment chez les plus jeunes. Pour toutes ces raisons, les femmes enceintes conçoivent difficilement prendre plus de repos tant que la grossesse n'a pas atteint un âge qui les y oblige.

### **2.2.3.2.4 Connaissance sur la CPN et autres pratiques liées**

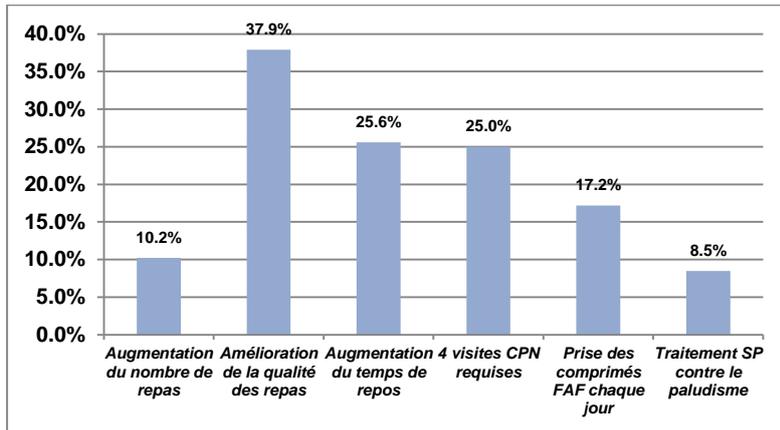
La figure 26, présente les niveaux de connaissance des femmes interrogées par rapport aux autres mesures recommandées suivantes :

- 1 Un quart, soit 25% ont indiqué les 4 visites CPN ;
- 2 Seulement 17% ont indiqué la prise quotidienne des comprimés FAF ;
- 3 Un peu plus de 8% ont indiqué le traitement SP contre le paludisme.

Partant de ce constat, on peut constater que très peu des femmes enceintes ont des connaissances appropriées sur la CPN. Cette situation s'explique en grande partie par l'insuffisance des centres de santé (CSI et CS) en matière de pratiques d'IEC et la charge de travail des agents de santé, l'insuffisance dans l'organisation du travail ou la répartition des

tâches au niveau des centres. Il y a également la faible fréquentation des femmes enceintes des centres de santé en vue des CPN, se justifiant probablement par la faiblesse des capacités d'accueil des centres de santé ainsi que les pesanteurs socio-culturelles chez les femmes, comme cela est noté plus bas. Par ailleurs, l'ancien projet CMAM mis en œuvre antérieurement dans la zone n'a mis l'accent que sur les soins, la prise en charge et la prévention de la malnutrition chez l'enfant. Il s'avère donc nécessaire de mettre désormais l'accent sur la sensibilisation et les soins chez la femme enceinte.

**Figure 25 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon leurs connaissances sur les pratiques recommandées**

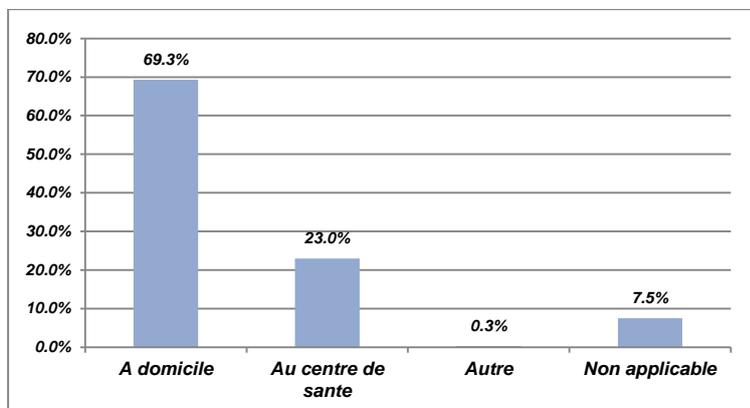


Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.3.2.5 Fréquentation des centres de santé pour les accouchements

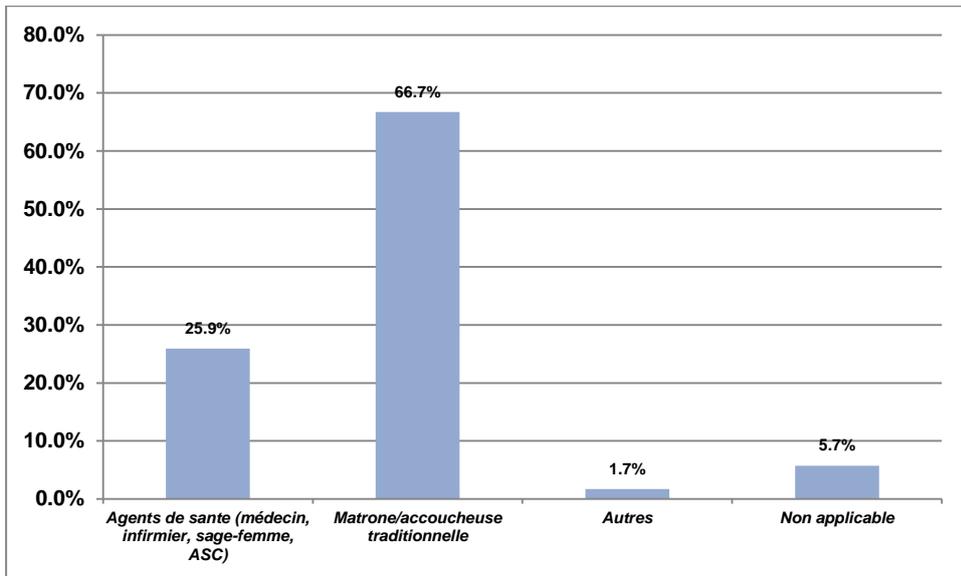
Lors de la grossesse précédente, la majorité des femmes interrogées, soit un peu plus de 69% (68,1% pour Diffa, EDSN-MICS IV 2012), a déclaré avoir accouché à domicile et pour 23% c'était dans un centre de santé (figure 27). Lors des accouchements dans les centres de santé, 26% des répondantes ont indiqué qu'elles ont été assistées par un personnel de santé. Pour les accouchements à domicile, l'assistance a été fournie par les accoucheuses traditionnelles dans presque 67% des cas (figure 28).

**Figure 26 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon le lieu d'accouchement lors de la grossesse précédente**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

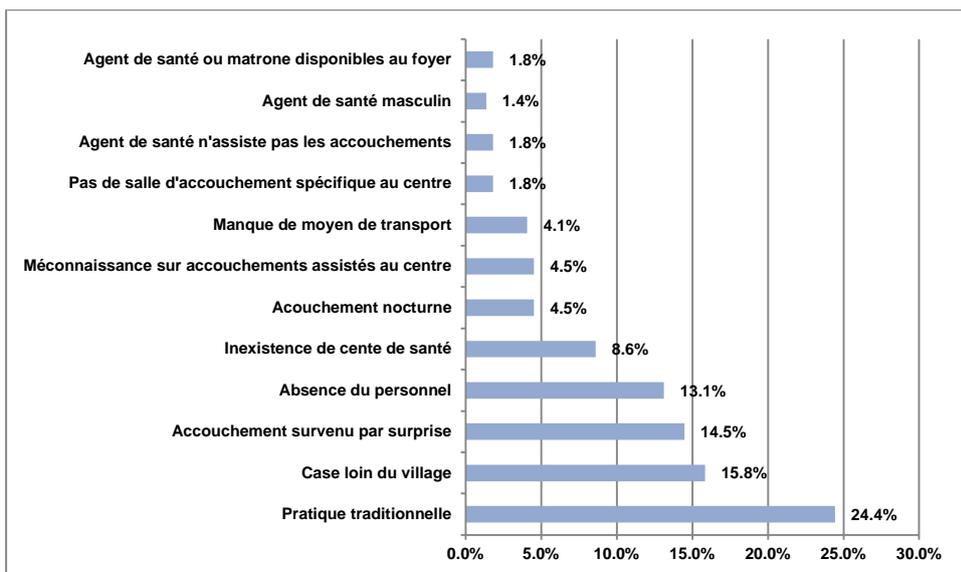
**Figure 27 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon l'assistance reçue lors de leur dernier accouchement**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

La prépondérance des accouchements à domicile semble se justifier pour plusieurs facteurs liés essentiellement aux capacités physiques et protocolaires d'accueil au niveau des centres de santé mais aussi à des facteurs socioculturels et aux capacités matérielles des communautés locales. À l'analyse de la figure 29 ci-dessous, on peut relever en effet qu'il s'agit de l'éloignement des formations sanitaires par rapport à certains villages, de l'inexistence d'un centre de santé ou, quand bien même il existe, il manque d'un personnel de santé qualifié surtout au niveau des cases de santé. À cela s'ajoute le manque de salles d'accouchement appropriées ou d'un personnel féminin pouvant garantir l'intimité à la femme au moment de l'accouchement.

Figure 28 : Facteurs encourageant l'accouchement à domicile selon le nombre de citations



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

En ce qui concerne les facteurs socioculturels qui semblent d'ailleurs moins importants en termes de citations que dans les cas précédents, on peut noter qu'il s'agit des habitudes ancestrales d'accoucher à domicile. En effet, pour les femmes interrogées, cela a toujours

été fait dans la communauté par les parents, les grands parents et les arrières grands parents. À ce niveau, il y a lieu de noter que certains membres influents dans les familles, notamment les grands-mères et les belles mères, sont souvent très rigoureuses quant au respect de la coutume locale. Par ailleurs, il y a l'ignorance de certaines femmes qui ne savent pas encore que les centres de santé, à savoir les CSI, offrent les possibilités d'accouchements assistés. De plus, quand les agents de santé acceptent d'assister les accouchements à domicile, on peut facilement comprendre que les femmes concernées ne peuvent que s'en réjouir surtout que cela leur évite un déplacement plus ou moins coûteux dans les cas des centres de santé éloignés.

D'un point de vue physiologique, quelques-unes des femmes ont fait cas de la courte durée d'un travail suivi aussitôt d'un accouchement sans complication. De l'avis des spécialistes, une telle situation peut s'expliquer par une méconnaissance des femmes concernées de leur état, parce qu'elles n'ont certainement pas effectué de visites prénatales ou qu'elles n'ont pas reçu les informations utiles au niveau des centres de santé fréquentés.

Comme on peut le constater il existe plusieurs facteurs qui font obstacles à la fréquentation des centres de santé pour les accouchements. Ils sont liés :

1. aux faibles capacités d'accueil physiques et techniques des formations sanitaires en place. Les insuffisances se traduisent par le dysfonctionnement et l'inaccessibilité de certains centres de santé ainsi que par le nombre réduit et/ou l'insuffisance du niveau technique des personnels devant prendre en charge les accouchements ;
2. aux habitudes traditionnelles et séculaires d'accouchement à domicile des femmes ainsi que le faible niveau d'information et de sensibilisation des celles-ci par rapport aux possibilités d'assistance au niveau de certains centres de santé ;
3. aux facteurs physiologiques qui se manifestent par la courte durée du travail suivi par l'expulsion rapide et sans complication du nouveau-né, ce qui a probablement un lien avec la maîtrise de l'âge de la grossesse par les femmes.

#### ***2.2.3.2.6 Conclusion et recommandation partielles***

De façon générale, le niveau de connaissance des femmes enceintes sur les pratiques recommandées dans les domaines de l'alimentation, du temps de repos, des CPN et de la fréquentation des centres de santé pour les accouchements est assez limité pour assurer aux futures mamans et leurs bébés les meilleures conditions de santé. Plusieurs facteurs sont à la base de cette situation, la faible capacité d'accueil des centres de santé, l'insuffisance de sensibilisation des femmes par le personnel de santé et les relais communautaires, les habitudes ou croyances peu évolutives des communautés locales mais aussi les conditions matérielles limitées des ménages concernés. On peut noter aussi la charge du travail des agents de santé ainsi que l'éloignement des centres de santé.

Partant de ce constat, il ressort la nécessité de la mise en œuvre, d'une part, d'un programme de formation et/ou de recyclage en faveur des personnels de santé notamment au niveau des cases de santé, et d'autre part, d'une campagne de sensibilisation des populations en général et des femmes en état de grossesse en particulier en vue d'encourager la fréquentation des centres de santé.

Le projet doit, par conséquent, s'investir dans un programme d'information, de communication et d'éducation (IEC) en mettant à profit tous les canaux locaux traditionnels et modernes disponibles pour toucher tous les groupes cibles. Tous les relais

communautaires et leaders locaux (chefs coutumiers et élus locaux) ainsi que les agents de santé doivent être associés à ce processus de renforcement de capacités des dispositifs de santé. Cette stratégie de communication pour le changement de comportement des communautés et des familles doit couvrir également les visites prénatales, l'accouchement assisté, l'alimentation de la femme enceinte afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

### 2.2.3.3 Domaine de la planification familiale

#### 2.2.3.3.1 Connaissances sur les méthodes de planification familiale

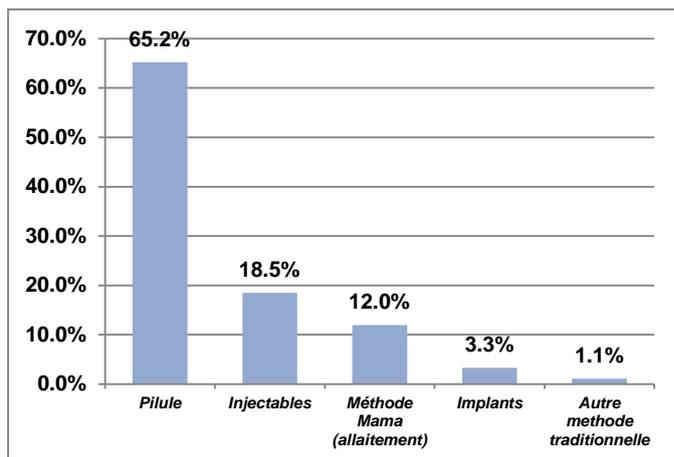
L'enquête révèle qu'un peu plus de 44% des femmes enquêtées ont entendu parler de plusieurs méthodes de planification familiale. Cependant il ressort que la pilule et les injectables sont les méthodes les plus connues à plus de 92.9%.

#### 2.2.3.3.2 Pratique de méthodes d'espacement des naissances

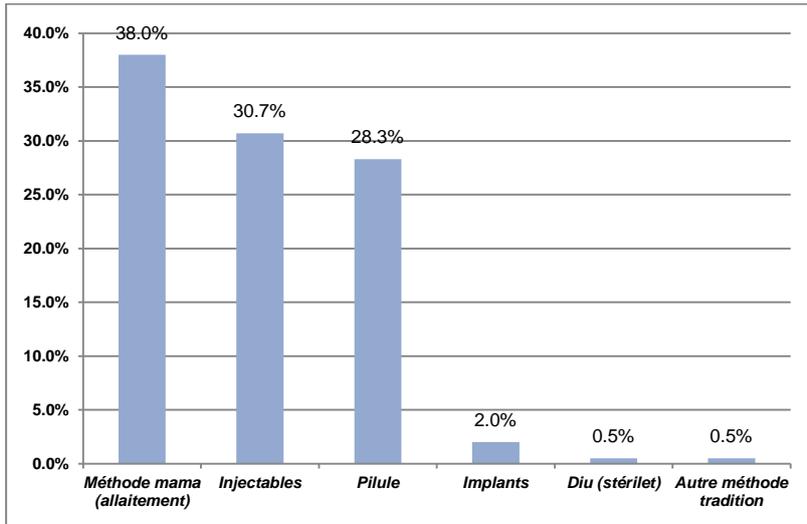
Parmi les femmes interrogées, 20,7% ont indiqué utiliser des méthodes pour espacer les naissances. Les méthodes les plus utilisées par les femmes sont toujours la pilule à 65,2% et les injectables à 18,5% (figure 30). Ces deux méthodes demeurent celles qu'elles préfèrent en plus de l'allaitement maternel exclusif (figure 31), comme d'ailleurs certains de leurs époux. Ces derniers privilégient la méthode Mama dans 16,4% des cas, la pilule dans 16% des cas et les injectables dans 9% des cas (figure 32).

Il convient de signaler cependant que près de 58% des femmes ignorent totalement les préférences de leurs maris étant donné que la PF n'est pas un sujet de discussion courant dans la plupart des ménages nigériens et plus particulièrement en milieu rural.

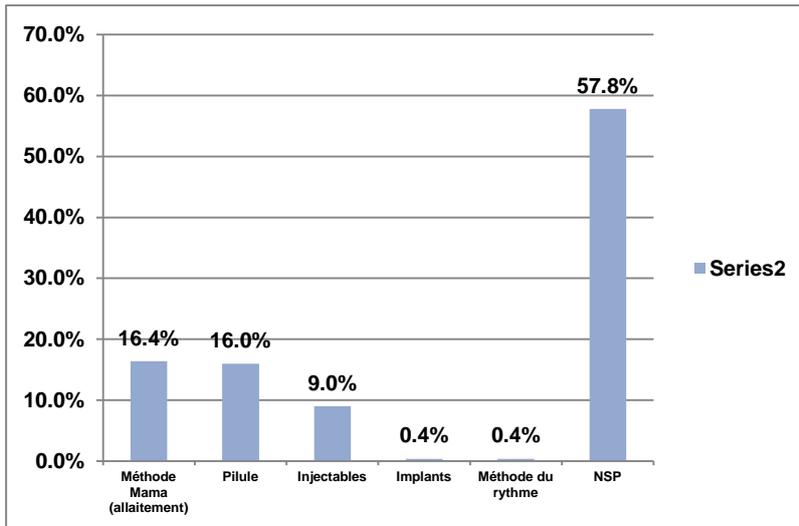
Figure 29 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la méthode de PF utilisée (N=92)



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

**Figure 30 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la méthode PF préférée (N= 205)**

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

**Figure 31 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la préférence de leurs conjoints (N=244)**

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.3.3.3 Conclusion et recommandation partielles

Au regard du bas niveau des connaissances et des pratiques par les femmes comme notées plus haut, on peut relever que la pilule et les injectables sont les méthodes les plus connues par les femmes interrogées. De plus, ce sont celles qui sont les plus utilisées par les femmes interrogées, ce qui peut s'expliquer par les principales raisons suivantes :

1. elles sont les plus promues par le MSP et ses partenaires (stratégie nationale) ;
2. leur administration est simple et ne requiert pas une technicité assez élevée de la part des agents de santé ;
3. leur accessibilité en termes de coûts ;
4. leur acceptabilité car leur administration ne viole pas l'intimité des femmes comme

dans le cas de la pose du stérilet.

Compte tenu de l'acceptabilité des pilules et des injections par les femmes rencontrées ainsi que de leur préférence de la méthode Mama, il est recommandé les mesures suivantes :

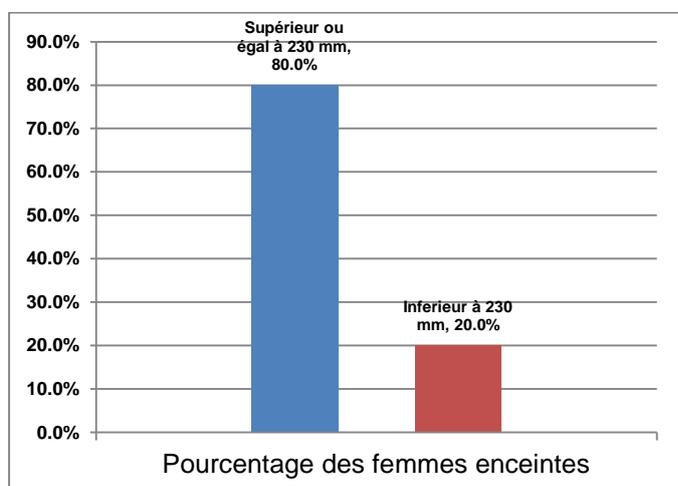
1. l'intensification de la sensibilisation aussi bien des femmes que des hommes sur l'importance de la PF et des avantages et limites des méthodes telles que la méthode Mama, la pilule, les injectables et les implants, etc. afin de garantir l'espacement entre les grossesses pour le bien-être et la santé de la famille ;
2. la facilitation de l'accès aux différentes méthodes modernes de contraception notamment à la pilule et aux injectables ;
3. la formation ou le recyclage des agents de santé sur ces méthodes.

#### 2.2.3.4 État nutritionnel des femmes enceintes enquêtées

La figure 33 fait ressortir que 80% ont un PB supérieur ou égal à la normale qui est de  $\geq 230$  mm et que 20% sont dans une situation de malnutrition qu'elles semblent ignorer. Dans ces cas, les femmes malnutries sont référées par les enquêteurs au centre de santé le plus proche où il existe déjà une prise en charge éventuellement mise en œuvre à travers l'appui du programme alimentaire mondial (PAM).

Il est en fait admis que le problème de la malnutrition est intergénérationnel en ce sens qu'une mère malnutrie peut donner naissance à un enfant malnutri (faible poids à la naissance). Bien que la majorité des femmes enquêtées ne soient pas malnutries, les sensibilisations axées sur l'amélioration de l'alimentation de la femme doivent être menées auprès des époux et des femmes avec un accent particulier sur les conséquences par rapport à la santé du futur bébé à naître. Il s'agit donc de mettre sur pied un programme de renforcement des capacités des centres de santé et des relais communautaires appelés à réaliser ces actions de sensibilisation en vue de rompre le cycle de la malnutrition au cours de la vie.

Figure 32 : Proportion des femmes enceintes enquêtées selon la mesure du PB (N= 328)



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

## 2.2.4 CAP chez la femme mère d'enfant de 0 à 24 mois

### 2.2.4.1 Généralités chez les mères et les enfants enquêtés

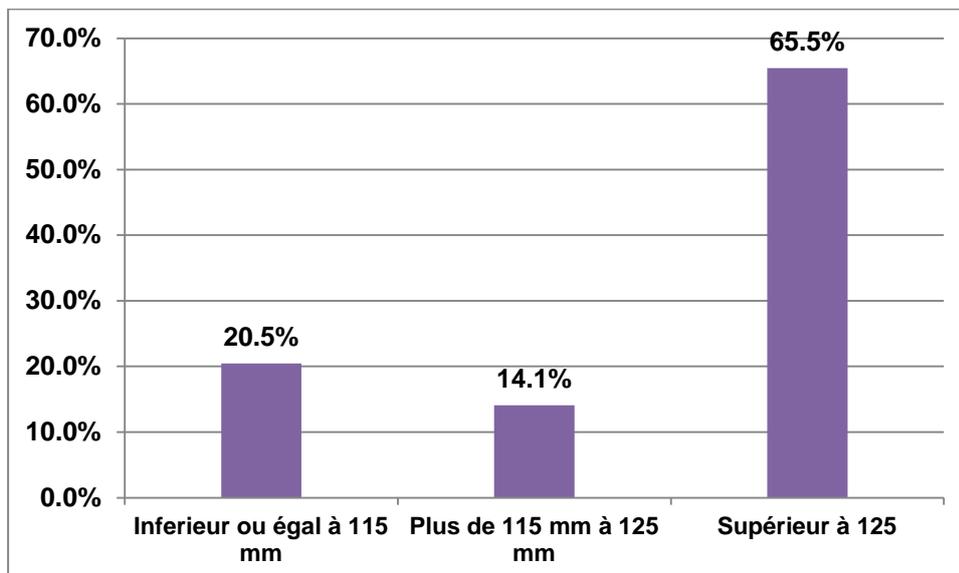
Il ressort de l'enquête que 19% des mères sont des primipares et les autres 81% de multipares avec un nombre d'enfants compris entre 2 et plus de 8. On peut aussi noter que 97,3% des mères enquêtées ont un seul enfant de 0 à 24 mois et les autres 2,7% des mamans ont des jumeaux.

Il ressort que 20,5% des enfants dépistés ont un PB inférieur ou égal à 115 mm. Il est compris entre 115 mm et 125 mm chez 14,1% des enfants et est supérieur à 125 mm chez 65,5% des enfants (figure 34). Au total 34,6% des enfants sont malnutris, ce qui permet de dire sans risque de se tromper que la situation nutritionnelle des enfants est toujours préoccupante dans la mesure où elle survient à une période où les produits des nouvelles récoltes doivent être déjà disponibles.

Au regard de cette situation, on peut dire que 65,5% des enfants sont bien nourris, 14 % des enfants sont malnutris modérés et 20% sont malnutris sévère et devraient être traités d'urgence dans un centre de prise en charge où ils bénéficieront d'un suivi rapproché et leurs mères des conseils appropriés. L'option prise au cours de l'enquête a été de référer tous les enfants dépistés malnutris modérés et sévères vers le centre santé le plus proche.

Fort de ce qui précède, il y a lieu de dynamiser les réseaux des relais communautaires et d'envisager des dépistages de masse et de référer les cas au niveau des centres pour une prise en charge précoce. De plus, il faut prévoir la mise en place de stratégies communautaires (FARN, PCAC, etc.) de prévention et de prise en charge de la malnutrition.

**Figure 33 : Proportion des enfants de 6 mois et plus selon la mesure du PB**



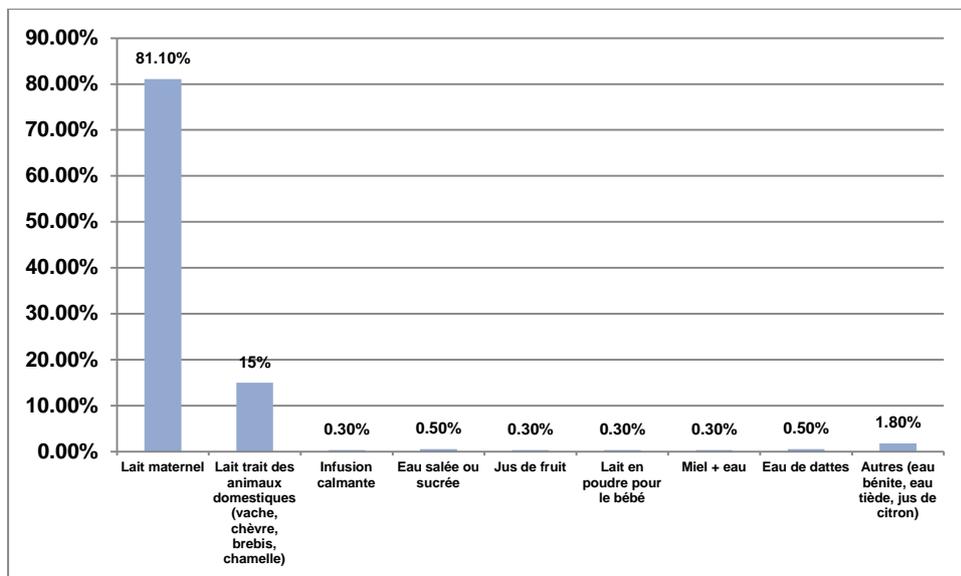
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

## 2.2.4.2 Domaine de l'allaitement maternel

### 2.2.4.2.1 Pratiques d'Allaitement de l'enfant à la naissance

La figure 35 indique que 81% des mères ont déclaré avoir donné à leurs bébés du lait maternel dans l'heure qui suit la naissance, ce qui dénote d'un comportement positif chez les femmes de la zone d'étude. Il faut toutefois noter que, bien que l'allaitement maternel soit une pratique répandue, on constate que près de 19% des nouveau-nés ont reçu d'autres boissons dont le lait provenant des animaux domestiques (15%). Cette pratique est imputable, selon certains des agents de santé et leaders communautaires, à plusieurs raisons dont : 1) la croyance des mères (et de la communauté locale) selon laquelle le lait maternel est insuffisant pour étancher la soif et atténuer la faim de l'enfant, 2) la croyance selon laquelle l'ingestion par l'enfant d'autres boissons que le lait maternel le prévient de la surdité ou de tout autre mauvais sort, 3) la montée laiteuse tardive et 4) l'insuffisance ou le manque de sensibilisation des femmes sur la question de l'allaitement maternel.

Figure 34 : Proportion des enfants selon l'aliment reçu dans les trois premiers jours après la naissance

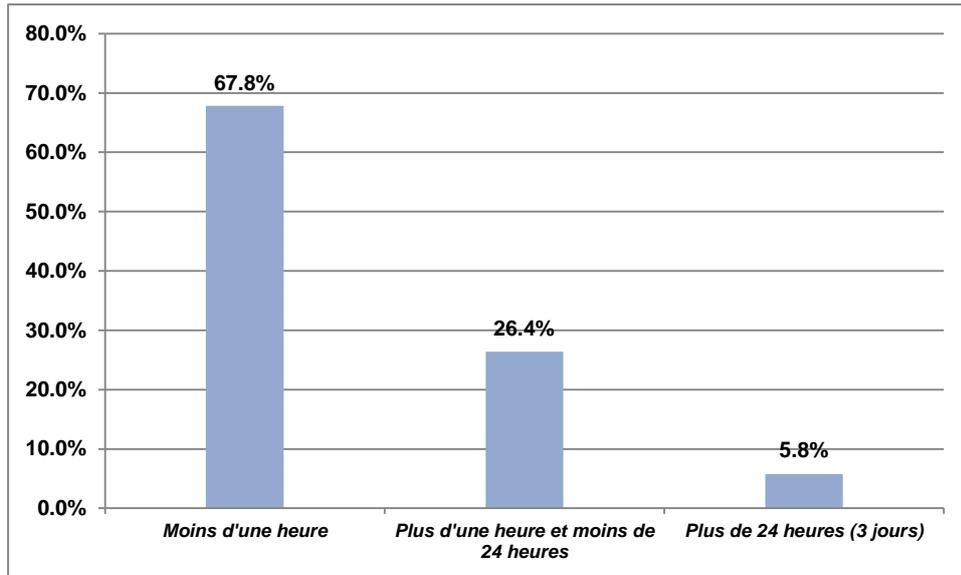


Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.4.2.2 Délai de mise au sein de l'enfant pour la première fois après sa naissance

À leur naissance, 68% des bébés ont été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, 26% des bébés plus d'une heure après mais dans les 24 heures qui ont suivi et enfin 6% des bébés ont été mis au sein plus de 24 heures après la naissance avec des délais pouvant aller jusqu'à 3 jours (figure 36).

Figure 35 : Proportion des mères enquêtées selon la première mise au sein de l'enfant



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

L'enquête corrobore les études précédentes au Niger, qui soulignent qu'un nombre non négligeable des nourrissons consomment d'autres liquides dès les premiers jours ou les premiers mois de sa vie. En effet, des croyances fortement ancrées constituent un frein à l'adoption de pratiques visant à repousser l'âge auquel on donne d'autres aliments à l'enfant. Selon les personnels de santé ce dernier comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant et mettre ainsi sa vie en danger. En effet, c'est au cours des premiers jours d'allaitement qui suivent la naissance que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour le protéger contre de nombreuses maladies. Notons que pour les représentants de la communauté, il est normal de donner à la place du lait maternel, d'autres liquides si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance, dans les cas de non montée du lait maternel, de maladie de la maman, etc.

Au regard de ces résultats, on peut se réjouir que la majorité des mères adoptent un comportement souhaité, celui de mettre le nouveau-né au sein immédiatement, dans l'heure qui suit la naissance de ce dernier. Mais pour les autres mamans, le non-respect de cette pratique ne peut que nuire à la santé de l'enfant.

#### 2.2.4.2.3 Pratique de l'allaitement maternel exclusif

L'allaitement est exclusif lorsque le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, à l'exception de tout autre aliment, solide ou liquide, y compris l'eau selon l'UNICEF. L'allaitement exclusif revêt en effet trois caractéristiques intéressantes au niveau nutritionnel et médical : il constitue l'alimentation la plus adaptée au nourrisson, il évite la contraction de maladies liées notamment à l'ingestion de tout autre liquide pouvant être source de contamination, il a des vertus contraceptives si certaines règles concernant la régularité des tétées sont respectées. Ici, nous détaillerons uniquement les aspects concernant le fait de ne donner que du lait maternel pendant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant.

Sur la base de l'analyse des données de rappel de la consommation pendant les dernières 24 heures, il ressort que 55,3% des enfants (84/152 enfants) n'ont reçu que le lait maternel. Ce résultat qui est au-dessus de la moyenne nationale (23%) pourrait témoigner en fait des efforts fournis par HKI ces dernières années à travers la mise en œuvre d'un paquet d'activités (AEN) dans la zone d'étude.

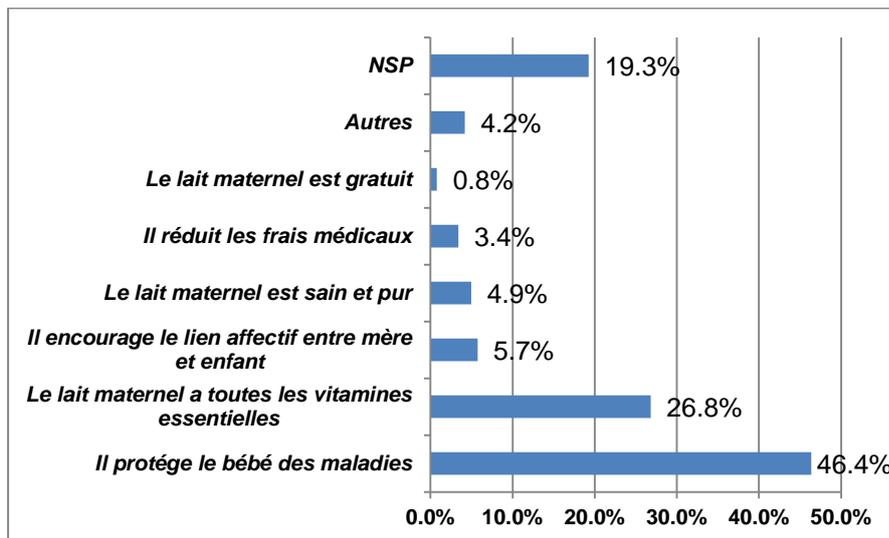
Bien que l'allaitement soit une pratique assez répandue et qu'elle commence assez tôt après la naissance de l'enfant, on constate que 44% des enfants allaités ont reçu de l'eau et encore d'autres aliments avant d'être allaités et, cela, tout le long de leurs premiers 6 mois. Il s'agit par exemple de l'eau simple ou bénite (ou zam-zam), du jus de datte, de la bouillie, etc. Cette pratique locale repose en grande partie sur des croyances populaires renforcées par la méconnaissance chez certaines communautés de tous les avantages de l'allaitement maternel exclusif.

#### 2.2.4.2.4 Connaissances des avantages de l'AME pour le bébé

Il ressort de la figure 37 que les avantages les plus cités comprennent essentiellement la "protection de l'enfant contre les maladies" pour 46% des femmes et le fait que "le lait maternel renferme toutes les vitamines nécessaires à la croissance de l'enfant" pour 27% répondantes. La santé de l'enfant est placée ainsi au premier plan.

Mais il demeure que 19% des mères allaitantes n'ont qu'une connaissance partielle des avantages ou les ignorent totalement. C'est probablement ce qui explique encore que la pratique de l'AME ne soit pas généralisée chez toutes les mères allaitantes de la zone enquêtée.

Figure 36 : Proportion des mères allaitantes selon le niveau de connaissance des avantages de l'AME pour l'enfant



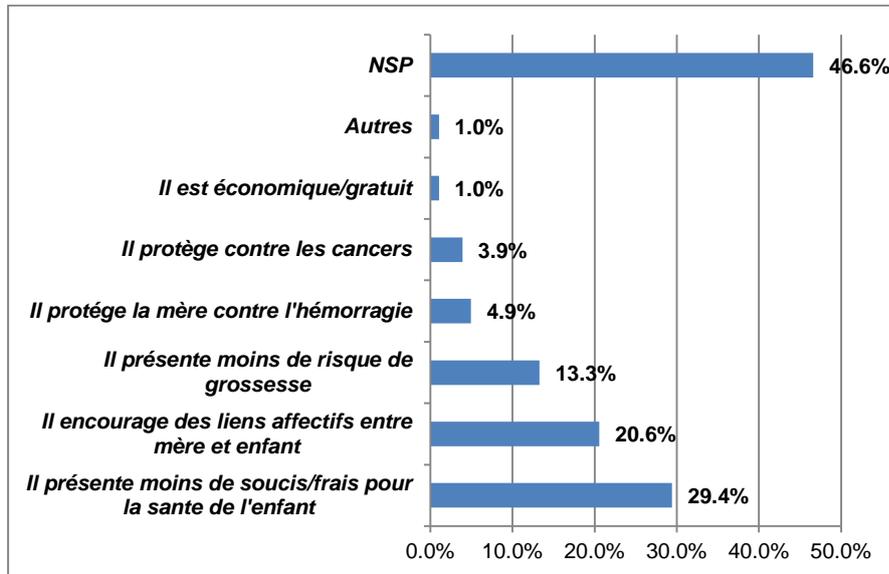
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.4.2.5 Connaissances des avantages de l'AME pour la mère

Comme cela est présenté à la figure 38, les principaux avantages de l'AME sont : "il présente moins de soucis/frais pour la santé de l'enfant" selon 29,4% des mamans, "il encourage les liens affectifs entre mère et enfant" selon 20,6% et "il présente moins de

risque de grossesse du fait du retard des règles de la mère" selon 13,3% des mères. Mais contrairement à ces répondantes, 46,6% des mères ne connaissent aucun avantage pour la mère. Cette méconnaissance des avantages pour la mère est une raison de plus qui limite la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans la zone d'étude. Le programme d'IEC proposé plus haut trouve alors toute sa pertinence.

**Figure 37 : Proportion des mères allaitantes selon le niveau de connaissances des avantages de l'AME pour la maman**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.4.2.6 Poursuite de l'allaitement des enfants au-delà de 6 mois

Il ressort de l'enquête que 80,6% des enfants de 12-15 mois et 60% de ceux de 20-23 mois reçoivent le lait maternel. Si les mères ont continué à allaiter leurs enfants au-delà de 6 mois, c'est qu'elles ont une assez bonne connaissance de l'importance du lait maternel pour ces derniers. Mais, à partir de 6 mois l'allaitement doit être complété par des aliments solides ou semi-solides. Cependant pour encore plusieurs mois, le lait maternel va constituer un apport essentiel de l'alimentation de l'enfant. L'allaitement maternel permet en fait à l'enfant de bénéficier de protéines de très haute qualité mais aussi d'innombrables facteurs de protection voire de survie surtout pour ces enfants vivant en zone rurale comme celle de Diffa.

La poursuite de l'allaitement des enfants de 12-15 mois est une pratique qui a toute sa pertinence, car elle intervient à l'âge à partir duquel beaucoup d'enfants connaissent une rupture brutale du lait de leur mère pour cause de grossesse ou de la charge du travail de leurs mères. Cette pratique est donc salutaire pour les enfants étant donné qu'elle permet d'éviter certaines carences nutritionnelles chez ces derniers. C'est le lieu de relever la contribution des actions menées antérieurement par l'ONG HKI et ses partenaires dans le cadre de l'ancien projet d'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau de la zone enquêtée. Cependant il existe près de 20% des mères qui ont arrêté l'allaitement. Des efforts restent encore à faire non seulement pour encourager ces mamans à s'inscrire dans la logique de la pratique recommandée mais aussi pour pérenniser les acquis.

#### **2.2.4.2.7 Perception de l'allaitement maternel exclusif au niveau des communautés locales**

À l'issue des entretiens en focus groups avec les représentants des communautés locales et les agents de santé, il ressort plusieurs constats. D'abord la majorité des leaders a une bonne perception de l'AME. Parlant de l'AME, certains disent que "...c'est même un retour aux vieilles habitudes parce qu'avant c'était le premier lait seulement qu'on versait."

Il ressort de certaines déclarations que l'AME est plus répandue chez les femmes de la zone pastorale (communautés nomades) et chez celles qui fréquentent régulièrement les centres de santé ou qui sont en contact avec des relais communautaires.

Quand l'AME n'est pas pratiquée, il existe plusieurs explications liées aux croyances populaires et autres coutumes locales :

1. l'influence de certains membres de la famille, à savoir les belles mères et grands-mères qui défendent les habitudes de leurs aînées, consistant à donner à l'enfant des aliments autres que le lait maternel à la naissance et après ;
2. l'insuffisance du lait de la maman malnutrie ou pour toute autre raison qui amène la mère à donner à l'enfant du lait d'animaux et maintenant de plus en plus des lait industriels;
3. le lait maternel ne suffit pas à lui seul pour étancher la soif et assouvir la faim de leurs bébés jusqu'à six mois surtout en périodes de chaleur. Le lait de chèvre, de vache et de chamelle sont alors la solution ;
4. à partir du moment où l'enfant est capable de s'asseoir, c'est-à-dire au 4<sup>ème</sup> ou au 5<sup>ème</sup> mois de sa naissance, il doit être alimenté ;
5. l'ingestion par le nouveau-né de l'eau bénite (ou zam-zam) auraient pour vertu de le bénir et de le prémunir contre les mauvais sorts et certains handicaps comme la surdité.
6. l'AME est une pratique qui s'oppose aux coutumes locales et qu'il faut bannir surtout qu'elle vient de l'étranger notamment de l'Occident (il faut investiguer de plus combien cette idée et répandue).

#### **2.2.4.2.8 Conclusion et recommandation partielles**

Il ressort que la pratique de l'allaitement maternel est culturellement généralisée dans la zone d'enquête, cependant elle se fait mal. Dans certaines communautés, l'AME est observée par les femmes fréquentant les centres de santé et par celles de la zone pastorale où l'élevage domine le mode de vie. Dans d'autres localités, la perception est que le lait maternel ne peut à lui seul suffire pour assurer à l'enfant un développement harmonieux surtout quand la mère se trouve dans un mauvais état nutritionnel. Pour ces populations, il est nécessaire d'ajouter le lait d'animaux, de l'eau et même du beurre en vue de combler l'insuffisance quantitative du lait maternel.

Cela montre que des efforts restent encore à faire quant à la promotion de changement de mentalité et de comportement en vue d'assurer le bien-être du couple mère-enfant. Par conséquent, l'application de la stratégie des milles jours trouve toute son importance notamment dans la zone d'étude. Un programme de communication pour un changement de comportement (CCC) conséquent est l'une des mesures à envisager en direction des mamans qui méconnaissent les avantages de l'AME et des responsables communautaires.

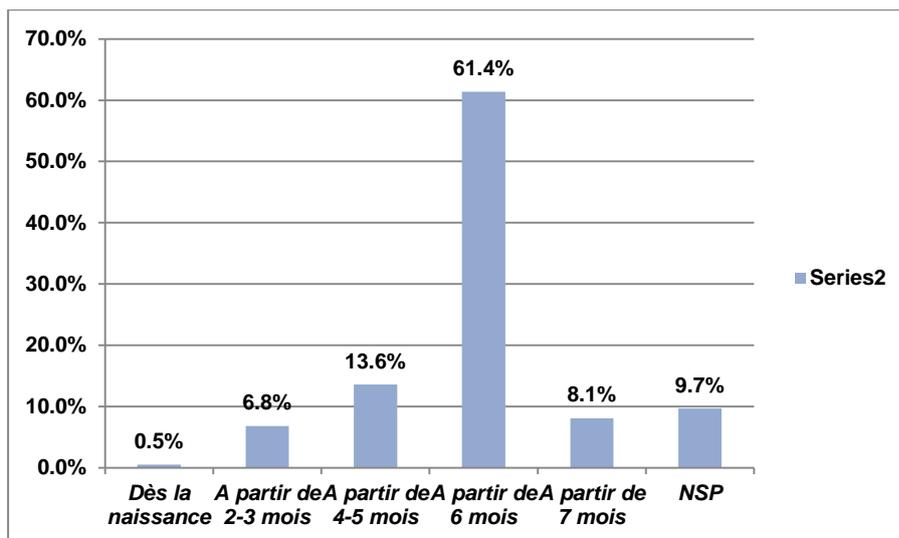
### 2.2.4.3 Domaine de l'alimentation de complément

#### 2.2.4.3.1 Age à partir duquel des aliments solides sont donnés à l'enfant en plus du lait maternel

À l'analyse de la figure 39, on peut constater que l'âge à partir duquel les enfants reçoivent des aliments solides en plus du lait maternel varie selon les mères enquêtées. En effet, dans leur majorité, soit 61%, elles ont déclaré que c'est à partir de 6 mois, ce qui correspond à la pratique recommandée. Idéalement, selon l'UNICEF, l'introduction de nouveaux aliments se fait à partir de 6 mois et de façon progressive, avec des aliments variés jusqu'à 2 ans. Mais pour les autres mères, soit 35,9% du groupe interrogé, les périodes sont situées en deçà ou au-delà des 6 mois, ce qui est une manifestation concrète de leur méconnaissance quant à la pratique recommandée.

Nous pouvons affirmer que les directives conjointes élaborées par l'OMS et l'Unicef pour une stratégie mondiale concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant réaffirment, entre autres, que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus approprié pour garantir aux jeunes enfants la meilleure croissance possible. Pour cela, le nourrisson doit être allaité exclusivement au sein pendant les six premiers mois de son existence. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée, car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Notons que les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel. Par contre, à partir de six mois, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui permettre la meilleure croissance possible.

Figure 38 : Connaissance des mères enquêtées sur l'âge à partir duquel des aliments solides sont donnés à l'enfant en plus du lait maternel



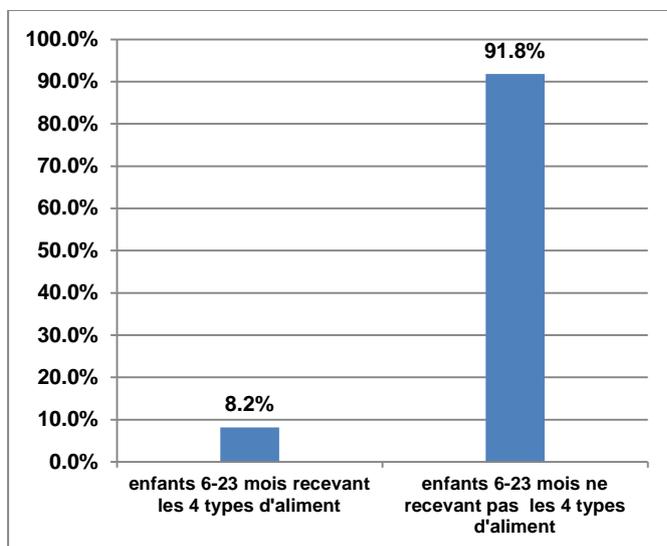
Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.4.3.2 Qualité de l'alimentation de complément

La figure 40 montre que seulement 8% des enfants de 6-23 mois reçoivent les quatre

groupes d'aliment. Par conséquent, 92% des enfants courent un grand risque de carence nutritionnelle. Cette insuffisance dans l'alimentation des enfants semble s'expliquer non seulement par les problèmes de disponibilité de certains aliments à certains moments de l'année et dans certaines localités, mais aussi des difficultés d'accès pour les ménages les plus pauvres. En dehors des céréales, la viande, les œufs, les fruits et les légumes ne sont disponibles dans la quasi-totalité des villages que les jours de marché dont la périodicité est hebdomadaire quand bien même les ménages disposent d'argent pour s'en procurer. Dans certaines communautés pastorales (peuls nomades), la viande n'est disponible qu'à de rares occasions (fêtes annuelles, baptême, mariage, etc.) où des animaux sont abattus. Il faut également noter que l'insuffisance des connaissances de 92% des mères constitue un facteur non négligeable quant à la prise en compte simultanée des quatre groupes d'aliments dans l'alimentation de leurs enfants.

**Figure 39 : Proportion des enfants selon les aliments des 4 groupes reçus**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### **2.2.4.3.3 Connaissance des mères par rapport au nombre minimum de repas donné aux enfants de 9 à 23 mois**

Selon les résultats de l'enquête, il ressort que 41 mères sur 106, soit environ 38,7%, donnent un minimum de 3 repas par jour à leurs enfants en plus du lait maternel. Cette situation semble assez critique surtout qu'on sait que c'est à cet âge que la plupart des enfants tombent dans la malnutrition, ce qui vient corroborer les résultats de dépistage issu de l'enquête, soit 34% des malnutris aigus global (MAM et MAS).

#### **2.2.4.3.4 Conclusion et recommandation partielles**

Les résultats de l'enquête montrent que la pratique de l'alimentation de complément est connue et effective chez une bonne partie des ménages mais qu'une faible proportion des enfants reçoivent une alimentation de complément comportant des aliments des 4 groupes requis. Dans une telle situation, le développement et la croissance harmonieuse de ces enfants sont compromis, ce qui les expose surtout à un risque de malnutrition élevé et aux carences en micronutriments représentant un cercle vicieux augmentant ainsi la morbidité et la mortalité chez cette tranche d'âge. .

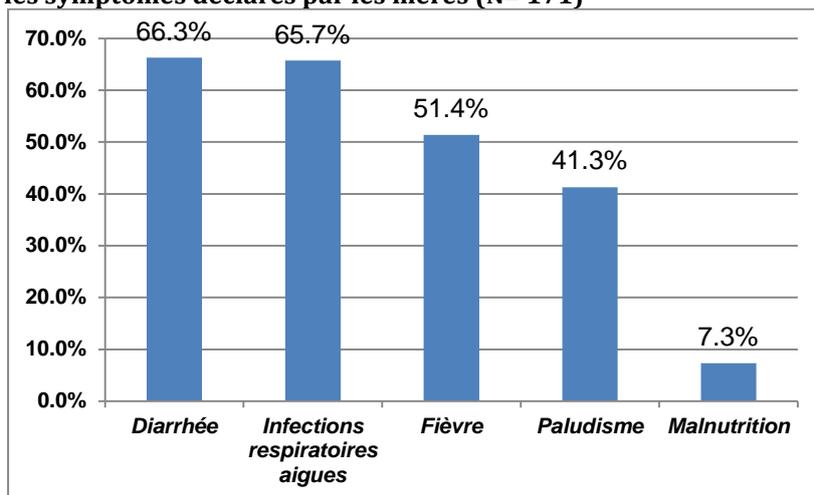
Partant de ce constat, le projet doit développer des stratégies adressant la promotion d'une alimentation optimale du jeune enfant et portant non seulement sur l'introduction à partir de l'âge de 6 mois d'aliments complémentaires à l'allaitement maternel, mais aussi sur la diversification des aliments au fur et à mesure que l'enfant grandit (OMS, 2008). Il s'agit de mettre en œuvre un programme intégré d'information, d'éducation et de communication des communautés locales, y compris les hommes et les femmes, sur la thématique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en vue de préserver la santé des enfants.

#### 2.2.4.4 Traitement et prise en charge des maladies de l'enfant

##### 2.2.4.4.1 État de santé des enfants durant les deux dernières semaines

Il ressort de l'enquête que 46,3% des mères (171 sur 369 femmes) ont déclaré que leurs enfants ont été malades durant les deux dernières semaines. Comme cela ressort de la figure 3,9 les maladies suspectées ou les symptômes constatés comprennent la diarrhée (66,3%), les infections respiratoires aiguës (65,7%), la fièvre (51,4%) et le paludisme (41,3%). Dans une moindre mesure, il a été cité les conjonctivites, les problèmes urinaires, le rhume, les vomissements etc.

**Figure 40 : Proportion des enfants malades durant les deux dernières semaines selon la maladie ou les symptômes déclarés par les mères (N= 171)**



##### 2.2.4.4.2 Quantité d'aliments donnée à l'enfant malade

À l'occasion des maladies citées plus haut, la quantité d'aliments donnée aux enfants a connu des ajustements plus ou moins importants. C'est ainsi que 40,7% des enfants ont vu la quantité de leurs aliments légèrement réduite et pour 26,4% elle a été beaucoup réduite. Pour 8% des enfants, la même quantité que d'habitude a été maintenue et pour seulement 1% elle a été augmentée. Il faut ajouter que chez 24% des enfants, l'alimentation a été suspendue surtout parce que ces derniers refusent de manger.

Les études scientifiques expliquent que l'organisme de l'enfant utilise beaucoup plus d'énergie lorsqu'il souffre de maladies il est donc important de lui apporter des aliments de haute valeur nutritionnelle c'est à dire répondant à ces besoins. Dans notre cas nous constatons une ignorance notoire des bonnes pratiques d'alimentation de l'enfant malade. Cela n'est pas surprenant au vu du taux de malnutrition aiguë constaté (34,6%) et du nombre de mères ayant déclaré que leur enfant est tombé malade (62,4%). À entendre les

communautés, les fruits, la viande, le lait et les autres légumes ne sont disponibles que le jour du marché mais ils restent souvent inaccessibles aux ménages vulnérables.

#### 2.2.4.4.2 Quantité d'aliments donnée à l'enfant après guérison

Après guérison, 60,6% des enfants ont reçu la même quantité d'aliments que d'habitude, mais seulement 9% une quantité plus importante que d'habitude. Par ailleurs, 25,5% ont reçu une quantité légèrement diminuée et près de 5% une quantité beaucoup réduite (tableau 10).

En principe, après guérison les enfants doivent recevoir une quantité d'aliments plus que d'habitude pour la reconstitution rapide de l'organisme et son maintien. Le fait que seul 9,1% des enfants aient reçu une quantité d'aliments un peu plus que d'habitude ne favorise pas leur récupération rapide et ils risquent de tomber dans le cycle infernal de la malnutrition.

**Tableau 10 : Répartition des enfants malades selon la quantité d'aliments reçus**

Quantité d'aliments donnés à l'enfant malade	Pendant la maladie		Enfants guéris	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Un peu moins que d'habitude	94	40,7	59	25,5
Beaucoup moins que d'habitude	61	26,4	11	4,8
Environ la même quantité que d'habitude	19	8,2	140	60,6
Plus que d'habitude	2	,9	21	9,1
A stoppé la nourriture (l'enfant a refusé de manger)	55	23,8	-	-
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>	231	100,0

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

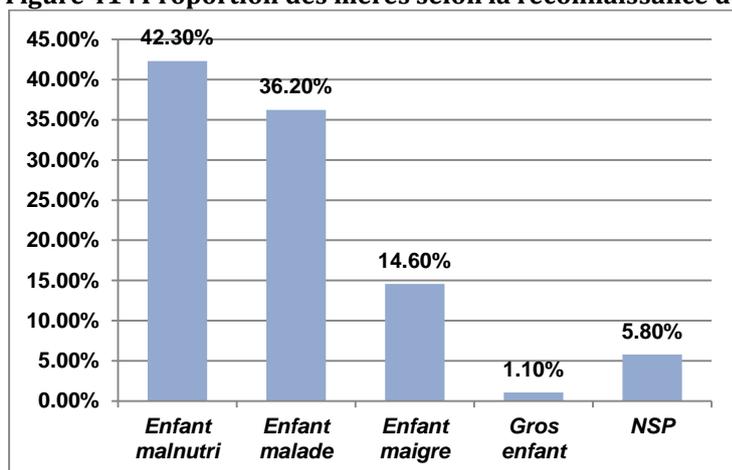
Au regard de ce qui précède, il est évident que l'alimentation de complément des enfants est un élément très important et critique où il est indispensable de mettre l'accent pour apprendre aux mères de la qualité, la quantité et l'hygiène des aliments.

#### 2.2.4.5 Reconnaissance par les mères des maladies liées à la malnutrition

##### 2.2.4.5.1 Reconnaissance du marasme comme maladie

Les résultats obtenus montrent que 42.3% des mères reconnaissent le marasme (photo d'enfant marasmique) comme la malnutrition<sup>7</sup> et 36.2% l'associent à une maladie (figure 41). Nous pouvons comprendre effectivement que les caractéristiques du marasme sont perçues comme un état défavorable à la santé de l'enfant selon 95,4% de ces mères.

<sup>7</sup> En langues nationales : "Tamowa", "Kamgamdou", "Mounodou" ou "Taviswa ganjina".

**Figure 41 : Proportion des mères selon la reconnaissance du marasme**

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Le tableau 11 ci-dessus catégorise les différentes maladies énoncées par 93,4% des mères pour qualifier le marasme.

**Tableau 11 : Proportion des mères selon la reconnaissance du marasme**

Reconnaissance du marasme	Effectifs	Pourcentage
Enfant malnutri	160	42,3
Enfant malade	137	36,2
Enfant maigre	55	14,6
Gros enfant	4	1,1
NSP	22	5,8
<b>Total</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.4.5.2 Reconnaissance par les mères du kwashiorkor comme maladie

Les résultats montrent qu'au moins 69% des mères associent l'état de l'enfant avec le kwashiorkor à une maladie, comme cela ressort du tableau 12. La majorité de ces femmes ignorent le nom de la maladie, mais pour quelques-unes, il s'agit de la malnutrition ou "Tamofo fouji" ou encore "Kassoué kine" de l'anémie. Il faut toutefois noter que près de 30% des mères méconnaissent le kwashiorkor, ce qui doit interpeller les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition.

**Tableau 12 : Proportion des mères selon la reconnaissance du kwashiorkor**

Reconnaissance du kwashiorkor	Effectifs	Pourcentage
Enfant malade	116	30,7
Enfant malnutri	71	18,8
Enfant œdémateux	74	19,6
Gros enfant	36	9,5
Enfant maigre	4	1,1
Enfant bien portant	61	16,1
NSP	16	4,2
<b>Total</b>	<b>378</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.4.5.3 Conclusion et recommandation partielles

Au regard des résultats de ces tests, on peut dire que les mères interrogées ont dans leur majorité su reconnaître que les enfants présentés sur les photos sont malades. Mais elles ne sont pas toutes capables d'identifier l'état d'un enfant marasmique et de celui atteint de kwashiorkor, encore moins la différence entre ces deux maladies. Pourtant, 66,6% d'entre elles ont déclaré avoir assisté à des séances de sensibilisation et d'éducation sur la malnutrition.

Partant de ce constat, il est plus que nécessaire de prévoir un programme d'CCC axé sur la thématique portant sur les tenants et aboutissants de la malnutrition en direction des mères et futures mères de la zone enquêtée. Il est par conséquent nécessaire de mettre l'accent sur la reconnaissance du kwashiorkor comme malnutrition au cours des séances, car le risque de mortalité est beaucoup plus élevé chez les enfants atteints de kwashiorkor.

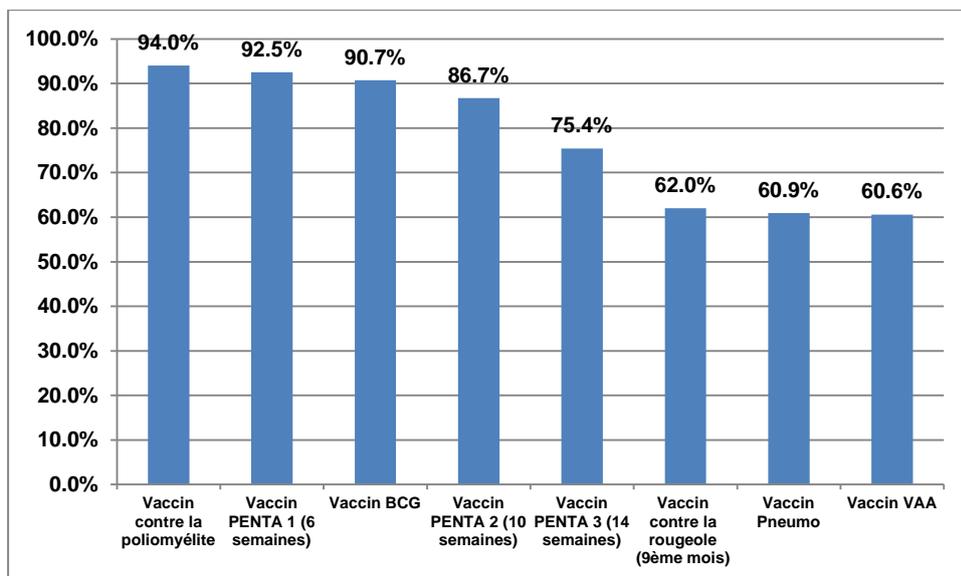
## 2.2.4.6 Domaine de la vaccination

### 2.2.4.6.1 Vaccinations reçues par les enfants de 0 à 24 mois

L'enquête a permis de relever qu'entre 59% et 94% des enfants ont reçu des vaccins comme cela est présenté dans la figure 42.

Sur la base de ces informations, on peut dire que les couvertures vaccinales sont bonnes. Cependant, la faible couverture en VAR, VAA et en rota virus et pneumo peut être due à une rupture pour les premiers et à leur introduction récente dans la gamme des vaccins du PEV de routine. Des efforts doivent par conséquent être fournis pour rattraper les autres enfants en organisant des sorties foraines dans les zones de faible couverture.

Figure 42 : Proportion des enfants selon le type de vaccins reçus



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.4.6.2 Compléments en vitamine A reçues par les enfants au cours des 6 derniers mois

À la lecture du tableau 13, on peut noter que 76,4% des enfants ont reçu des suppléments

de vitamines A.

Il ressort un faible taux de couverture en vitamine A alors que la norme recommandée plan international est d'au moins 80%, donc en dessous de celle du Niger qui est de 95%. Le district doit par conséquent être appuyé de façon à ce que les suppléments de vitamine de vitamine A soient disponibles au niveau des formations sanitaires de la zone d'intervention du projet et aussi des points de contact notamment le curatif et la vaccination. Par ailleurs, HKI participe à la mise en œuvre de la stratégie semaines survie de l'enfant (SSE) au cours de laquelle des suppléments de vitamine A sont donnés aux enfants de 6 à 59 mois.

**Tableau 13 : Proportion des mères enquêtées selon les compléments en vitamine A reçus par les enfants**

Compléments en vitamine A reçus	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Écrit sur le carnet de santé	92	40,2	40,2
Déclaré par la mère	83	36,2	76,4
Non	45	19,7	96,1
NSP	9	3,9	100,0
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>	

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

## 2.2.4.7 Domaine de la recherche de soins appropriés hors domicile

### 2.2.4.7.1 Traitement de déparasitage reçu par les enfants de plus de 12 mois

L'enquête fait ressortir que 40% des enfants de plus de 12 mois ont effectivement été déparasités (tableau 14).

Le taux de couverture pour le déparasitage reste très faible pour un objectif national d'au moins 90%. Notons que souvent les enfants parasités sont sujets à la malnutrition chronique et à l'anémie. Il s'avère important que les autorités sanitaires de Diffa et HKI s'inscrivent dans la droite ligne pour atteindre l'objectif fixé en organisant des campagnes de déparasitage à travers les semaines survie de l'enfant ou toute autre activité de masse.

**Tableau 14 : Proportion des mères enquêtées selon le traitement de déparasitage aux enfants**

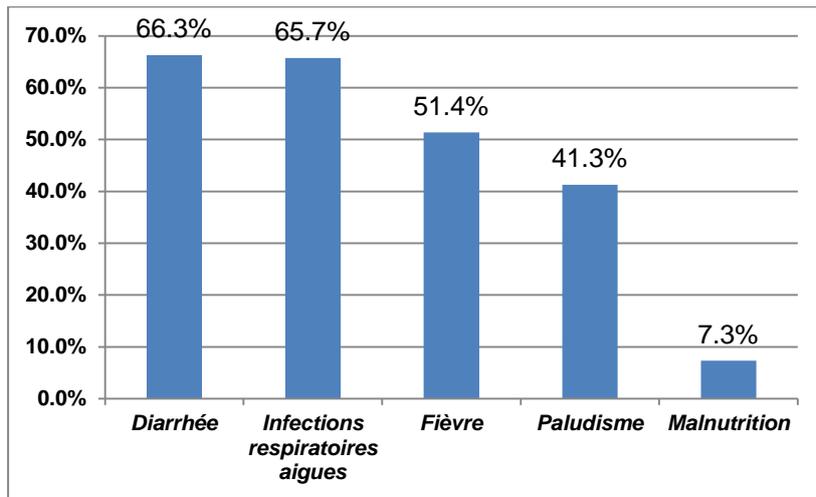
Traitement de déparasitage des enfants	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Écrit sur le carnet de santé	37	15,9	15,9
Déclaré par la mère	56	24,1	40,0
Non	132	56,9	96,9
NSP	7	3,1	100,0
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>	

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.4.7.2 État de santé des enfants durant les deux dernières semaines

Il ressort de l'enquête que 46,3% des mères ont déclaré que leurs enfants ont été malades durant les deux dernières semaines (figure 43). Les maladies suspectées ou les symptômes constatés comprennent la diarrhée (66,3%), les infections respiratoires aiguës (65,7%), la fièvre (51,4%) et le paludisme (41,3%). Dans une moindre mesure, il a été cité les conjonctivites, les problèmes urinaires, le rhume, les vomissements etc.

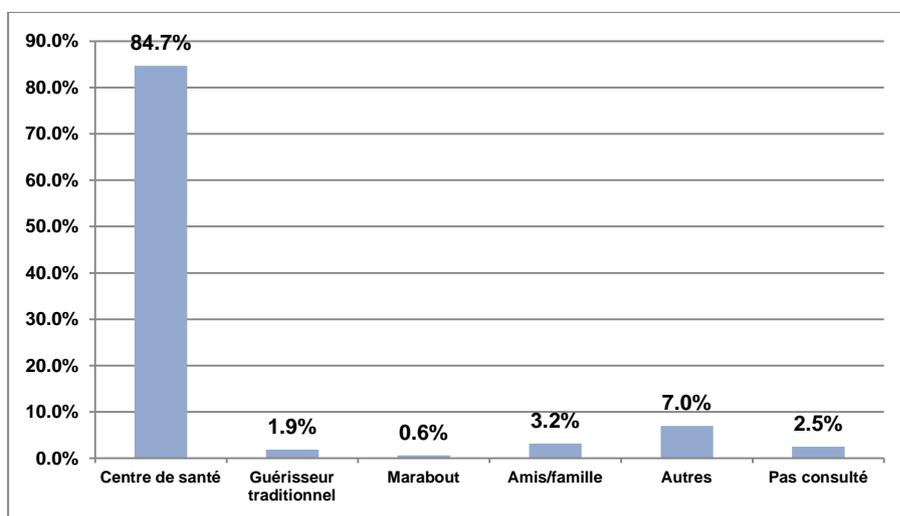
**Figure 43 : Proportion des enfants malades durant les deux dernières semaines selon la maladie ou les symptômes déclarés par les mères (n=171)**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

Les résultats notés dans la figure 44 font ressortir que les premiers recours de soins quand les enfants sont malades sont constitués essentiellement par les centres de santé dans 85% des cas, ce qui semble assez satisfaisant. La famille et/ou les amis et le guérisseur traditionnel n'ont été consultés que dans respectivement 3% et 2% des cas. Une minorité non négligeable de 2,5% des mères n'ont consulté personne, mettant en péril la santé de leurs enfants.

**Figure 44 : Proportion des mères selon le premier recours pour les soins**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

#### 2.2.4.7.3 Soins reçus au niveau des centres de santé

Les centres de santé ont fourni des médicaments à 79,5% des enfants malades, de la SRO dans 40% des cas et une alimentation spéciale dans 5% des cas. En plus, 29,4% des mères ont reçu une prescription médicale (ordonnance) pour l'achat de médicaments. Parmi ces mamans, plus de la moitié (55%) a acheté les produits contrairement aux autres qui n'ont pas l'argent nécessaire pour y accéder (tableau 15). Il convient cependant de remarquer que si des prescriptions ont été faites pour l'achat de médicaments afin de soigner des enfants de 0 à 24 mois, cela va à l'encontre de la gratuité des soins au niveau des centres

de santé concernés.

Notons que dans 11,4% des cas, les mères n'ont reçu ni soins ni ordonnance. Cette situation s'expliquerait par l'absence des agents de santé constatée notamment au niveau de certaines cases de santé.

**Tableau 15 : Répartition des mères selon la décision d'achat des médicaments prescrits**

Décision de la mère par rapport à la prescription	Effectifs	Pourcentage
Médicaments achetés	17	54,8
Médicaments non achetés	14	44,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

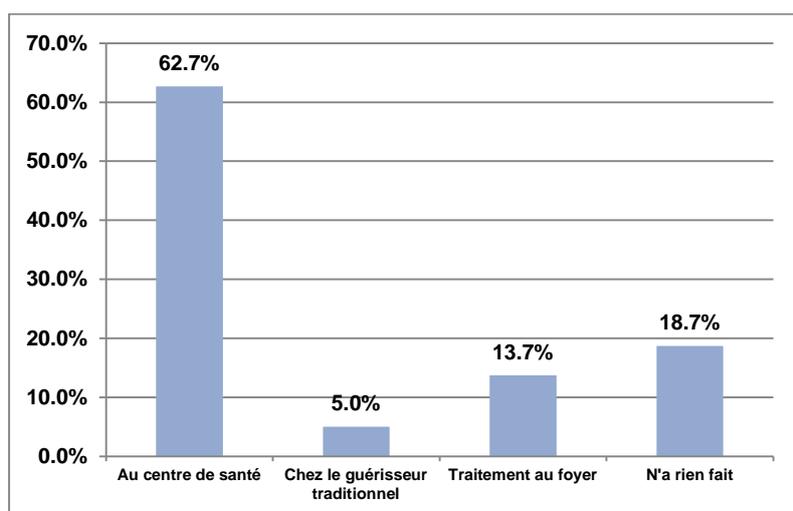
## 2.2.4.8 Domaine du traitement adéquat des maladies de l'enfant à domicile

### 2.2.4.8.1 Recours pour le traitement de la diarrhée

Bien que 85% des mères aient comme premier recours les centres de santé pour toutes pathologies confondues (figure 44), on constate que pour la diarrhée seulement 63% (figure 45) se rendent dans les formations sanitaires. Dans ce cas cela pourrait eut s'expliquer par la prise en charge de cette maladie à domicile par les mères, comme cela est souvent conseillé par les personnels de santé. Selon 63,7% des mères interrogées, leurs enfants ont une fois eu la diarrhée. Dans 14% des cas, les enfants malades sont traités au foyer et dans 5% des cas les tradipraticiens (guérisseurs, marabouts, coiffeurs traditionnels) et les secouristes sont consultés en priorité.

Dans la pire des situations, rien n'est fait pour soigner les enfants malades et cela concerne 19% des cas, ce qui les met à risque.

**Figure 45 : Proportion des mères enquêtées selon le premier recours pour le traitement de la diarrhée (N= 151)**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.4.8.2 Traitement de la diarrhée au foyer

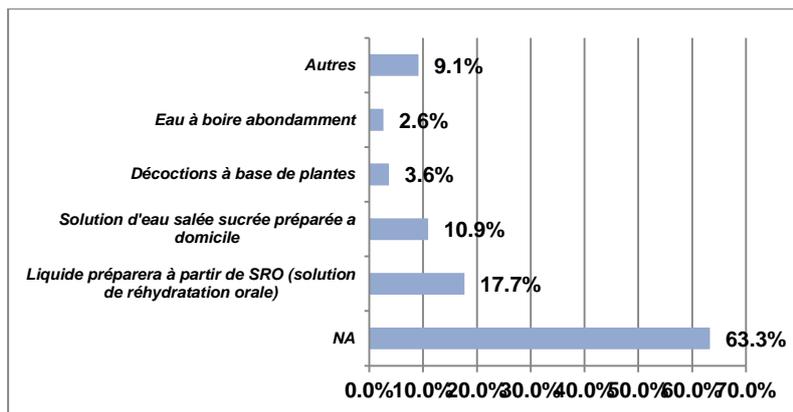
La figure 46 indique que dans le cadre du traitement au foyer, 17,7% des enfants ont reçu du liquide préparé à partir du SRO et 10,9% une solution d'eau sucrée préparée à domicile. Dans une moindre mesure, les enfants ont également reçu des décoctions (3,6%) et de l'eau a été donnée abondamment (2,6%).

Par ailleurs, 9% des enfants ont reçu divers autres produits tels que du lait maternel plus abondamment, des comprimés de flagyl, du sirop, du paracétamol, etc. La pratique de cette autoconsommation doit interpeller non seulement les personnels de santé mais aussi les autorités sanitaires qui ont la lourde responsabilité d'assurer les soins appropriés aux communautés.

En termes de fréquence, 65,9% des mères ont déclaré que les boissons sont données aux enfants malades après chaque selle. Dans les autres cas, les enfants ont été alimentés 2 à 3 fois par jour ou chaque fois que de besoin.

Ces résultats nous amènent à dire qu'il y a nécessité de développer la stratégie de la PECIM communautaire dans la zone d'intervention du projet pour que les mères puissent prendre en charge certaines pathologies à domicile.

**Figure 46 : Proportion des enfants selon le type de boisson données à l'enfant atteint de la diarrhée**



Source : Enquête CAP de base Diffa, octobre 2014.

### 2.2.4.8.3 Conclusion et recommandation partielles

Le constat à tirer de cette situation est que la recherche des soins ne dehors du foyer ou le traitement des soins à domicile sont des pratiques courantes. De façon générale, les premiers recours sont les centres de santé. Pour le traitement de la diarrhée, les mères privilégient surtout l'utilisation du SRO et de la solution préparée à la maison comme cela leur est souvent conseillé par les personnels de santé.

De plus, neuf (9) les types de vaccins et des compléments en vitamines sont donnés aux enfants mais seulement une infime partie de ces derniers (7%) a reçu l'ensemble des immunisations.

Compte tenu de cette situation, des efforts doivent encore être faits pour amener les mères à privilégier davantage les centres de santé afin de mieux préserver la santé de leurs enfants.

### **III- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Les résultats de l'étude font clairement ressortir le niveau de connaissances, des attitudes et des pratiques chez les principaux groupes cibles de l'enquête, à savoir les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à 24 mois, et cela dans tous les domaines relevés dans les termes de l'étude. Il convient de remarquer que la zone d'étude n'est pas vierge et qu'elle a connu des interventions qui ont permis d'améliorer l'existant en matière de santé/nutrition. C'est ce qui justifie les niveaux relativement satisfaisants des communautés locales dans certains domaines. Les insuffisances relevées sont relatives aux faibles dispositifs d'accueil des femmes enceintes et allaitantes, à savoir les centres de santé (les CSI et surtout les CS) et les personnels de santé, mais aussi aux pesanteurs socioculturelles qui animent les communautés locales en proie à l'analphabétisme et au manque d'information sur les tenants et les aboutissants de la santé/nutrition.

Des données de base sont donc disponibles non seulement pour servir de référence aux évaluations futures du projet envisagé mais avant tout à la définition, à partir des contraintes et opportunités ainsi relevées, des axes d'intervention prioritaires pour HKI.

Partant de ce qui précède, les recommandations suivantes sont formulées :

#### **I. Domaine de la CPN**

1. Appuyer les structures de santé étatiques dans la reproduction des outils et supports de collecte de données.
2. Rendre disponibles les supports de collecte de l'information en particulier les carnets de santé de la mère et de l'enfant ;
3. Renforcer les capacités des centres de santé en personnels mixtes et selon les normes ;
4. Effectuer des suivis rapprochés des indicateurs ;
5. Dynamiser les groupes des relais communautaires ;
6. Mettre en œuvre un programme de formation sur les protocoles d'accueil des patients notamment les femmes enceintes et suivre régulièrement ces agents de santé ;
7. Sensibiliser les femmes sur l'importance des documents délivrés par les agents de santé et leur archivage adéquat.
8. Intensifier la sensibilisation des couples sur l'importance de la précocité de la CPN.

#### **II. Domaine de l'alimentation de la femme enceinte**

1. Organiser des missions d'IEC au niveau des différentes communes sur l'alimentation de la femme enceinte en vue d'assurer une meilleure santé non seulement à la femme et au bébé qu'elle porte.

#### **III. Domaine de la fréquentation des centres de santé**

1. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations en général et des femmes en état de grossesse en particulier en vue d'encourager l'utilisation des centres de santé ;
2. Dynamiser et responsabiliser les relais communautaires et les leaders locaux (chefs coutumiers et élus locaux) ainsi que les agents de santé dans le processus de

renforcement des capacités des dispositifs de santé.

#### **IV. Domaine de l'eau, hygiène et assainissement**

1. Organiser des campagnes d'IEC sur les pratiques recommandées sur l'hygiène alimentaire, corporelle et vestimentaire et du milieu ;
2. Mettre en œuvre un programme de soutien aux ménages vulnérables en vue de la réhabilitation des points d'eau et de la réalisation de latrines améliorées dans les concessions ;
3. Mettre en place/dynamiser les comités de gestion des points d'eau ainsi que les comités d'hygiène en vue de réduire les risques de maladies liées à la consommation directe des eaux de puits non couverts et des mares exposées à la contamination.

#### **V. Domaine de la planification familiale**

1. Intensifier la sensibilisation aussi bien des femmes que des hommes sur l'importance de la PF et des avantages des méthodes telles que l'AME, la pilule et les injectables ;
2. Faciliter l'accès aux méthodes modernes de contraception (pilule, injectables etc.) ;
3. Former / recycler les agents de santé sur ces méthodes contraceptifs en vue de mieux conseiller et suivre les femmes concernées.

#### **VI. Domaine du dépistage de la malnutrition**

1. Dynamiser les réseaux des relais communautaires ;
2. Organiser des dépistages de masse et référencer les cas au niveau des centres pour une prise en charge précoce ;
3. Mettre en place de stratégies communautaires (FARN, PCAC, etc.) de prévention et de prise en charge de la malnutrition.

#### **VII. Domaine de l'alimentation complémentaire de l'enfant en plus du lait maternel**

1. Organiser des activités d'information/éducation/communication sur la thématique de l'alimentation de complément afin de contribuer à l'amélioration des connaissances des mères et par conséquent de garantir une meilleure santé de leurs enfants.

#### **VIII. Malnutrition des enfants**

1. Élaborer un programme d'IEC axé sur la thématique de la malnutrition en direction des mères et futures mères de la zone enquêtée.

#### **IX. Domaine de la vaccination des enfants**

1. Organisation des sorties foraines pour la vaccination des enfants dans les zones à faible couverture vaccinale.
2. Appuyer le district de façon à ce que les suppléments de vitamine A soient disponibles au niveau des formations sanitaires de la zone d'intervention du projet et aussi des points de contact notamment le curatif et la vaccination ;
3. Appuyer la mise en œuvre de la stratégie semaines survie de l'enfant (SSE) au cours de laquelle des suppléments de vitamine A sont donnés aux enfants de 6 à 59 mois

en vue de rehausser la couverture en vitamine A.

#### **X. Moustiquaire imprégnée d'insecticides**

1. Mettre à disposition des ménages vulnérables des MII afin de protéger les femmes enceintes et les femmes allaitantes ainsi que leurs enfants contre le paludisme ;
2. Sensibiliser les mères d'enfants de moins de 24 mois sur l'utilisation effective des MII en vue d'assurer une protection accrue de leur santé et celle de leurs enfants.

**Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées**

1. Ibrahim Djibo, Coordonateur sous bureau HKI Diffa
2. Haoua Aouami, Responsable santé nutrition HKI Niamey
3. Amata Mai Ary, Point focal nutrition DS Diffa
4. Hamidou Maazou Kanou, Point focal nutrition DRSP Diffa
5. Thierno Faye, Représentant résident adjoint HKI Niamey

**Annexe 2 : Liste des documents consultés**

1. HKI : Programme Communautaire de Gestion de la Malnutrition de Diffa : Renforcement de la Prévention et le Traitement de la Malnutrition au Niger (Résumé de la proposition)
2. HKI : Strengthening Prevention and Treatment of Malnutrition in Niger, final report OFDA-G-12-00069.
3. HKI : Proposition Non sollicitée - HKI a OFDA pour le Niger - Originale Mars 10, 2014- Revue et corrigée Mai 2,2 2014.
4. INS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012.
5. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires du Niger, année 2012, août 2013.
6. Rapport de la mission conjointe de suivi de la situation humanitaire de la Région Diffa, Mission conjointe du 22 au 28 Avril 2014 avec la participation de Gouvernorat de Diffa – Système des Nations Unies – ONGs, avril 2014.

## **Annexe 3 : Approche méthodologie détaillée**

### **1. Activités préparatoires**

L'approche privilégiée a consisté à des entretiens préalables avec les responsables de l'ONG HKI à Niamey, ce qui a permis de valider la méthodologie proposée (approche d'échantillonnage, calendrier de travail sur le terrain, formation des enquêteurs, modalités de collecte et de saisie des données) et de préparer la mission de Diffa.

D'autres entretiens ont été effectués avec l'équipe de l'antenne HKI de Diffa par rapport à l'organisation de la formation des enquêteurs, de la constitution des équipes de collecte des données. C'est à cette occasion que l'échantillonnage présenté plus bas a été finalisé de façon participative. La présence de la coordonnatrice du projet OFDA qui a rejoint l'équipe des consultants à Diffa a été d'un apport appréciable dans la facilitation de l'organisation des activités préparatoires de l'enquête.

Il faut relever qu'au préalable des documents mis à disposition par HKI ont fait l'objet d'exploitation, ce qui a permis aux consultants de mieux appréhender la problématique ayant motivée la conception du programme et les objectifs de l'étude de base.

Cette enquête de type transversale s'est déroulée du 9 au 27 octobre 2014 et a été menée par l'équipe du projet d'Helen Keller International basée à Diffa dont les agents ont joué le rôle d'enquêteurs sous la supervision d'une équipe de consultants. L'échantillonnage des villages et des ménages (femmes interrogées) a été fait sur la base de la méthode à grappes et à deux degrés.

### **2. Élaboration des outils de collecte de données**

Trois ébauches d'outils ont été mises à disposition par HKI et ont fait l'objet d'amélioration et d'adaptation par les consultants à l'issue du processus de formation des enquêteurs et du pré-test. Il s'agit de deux questionnaires ("femmes enceintes" et "femmes mères d'enfants de 0 à 24 mois") et d'un guide d'entretien qui s'adresse non seulement aux personnels de santé au niveau des CSI et CS mais aussi aux leaders communautaires au niveau des villages. Tous les trois outils sont présentés en annexe.

### **3. Formation des enquêteurs et pré-test des outils**

La formation a été assurée par les consultants appuyés par la coordonnatrice du projet OFDA, le chef d'antenne et les représentants du district sanitaire de Diffa (cf. rapport de formation). Après cette formation un exercice de pré-test a été conduit dans 2 villages, à savoir Boudoum et Abba Djadjiri dont l'un est à CSI et le second sans formation sanitaire. Ce pré-test a permis non seulement de mettre les enquêteurs en situation réelle mais aussi de finaliser les trois outils élaborés par HKI sur la base des amendements effectués.

### **4. Échantillonnage des cibles de l'enquête**

L'objectif de l'échantillonnage consiste à déterminer les villages dans lesquels les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à 24 mois ainsi que les personnels de santé et les leaders communautaires seront interrogés. Le tableau ci-dessous présente la situation détaillée de l'échantillon retenu dans le cadre de l'étude.

Le processus mis en œuvre s'est déroulé en plusieurs étapes dont :

#### **XI. Choix des villages d'intervention avec formation sanitaire (CSI et CS)**

Le choix des villages pour les enquêtes femmes enceintes et femmes allaitantes un enfant de <24 mois s'est effectué sur la base de la population dont le seuil a été fixé à 200 habitants. Ainsi toutes les localités dont la population est en dessous de ce seuil ont été retirées de la base de l'échantillon. L'échantillonnage a été réalisé suivant le processus ci-dessous :

1. le zonage de l'aire du district sanitaire de Diffa en 3 zones dont la zone pastorale, la zone centre et la zone sud ;
2. la sélection de l'échantillon de CSI par le choix au hasard sans remise de 80% des CSI du district de Diffa, soit 13 CSI (sur 17). Les CSI ont par la suite été répartis dans les 3 zones en tenant compte de leur poids numérique ;
3. la sélection des Cases de santé : pour chacun des CSI sélectionnés, il a été sélectionné au hasard 2 Cases de Santé (CS), soit un total de 26 (13 CSI x 2 CS).

**Au total, 39 villages d'intervention avec formation sanitaire (13 avec CSI, 26 avec CS) ont été retenus.**

#### **XII. Choix des villages d'intervention mais sans CSI ni CS**

Deux (2) villages ont été sélectionnés dans l'aire de chaque CSI, dont le premier village est localisé dans un rayon de 0 à 5 km du CSI (différent du village abritant le CSI) et le second de 5 à 15 km. Des villages complémentaires ont été sélectionnés pour assurer la bonne représentativité de l'échantillon ; au total, 21 villages complémentaires ont été retenus.

**Au total, 5 villages d'intervention sans formation sanitaire ont été retenus.**

#### **XIII. Choix des villages témoins (hors aire du district sanitaire de Diffa)**

Pour chaque CSI sélectionné, un (1) un village témoin a été choisi en dehors de l'aire couverte par le CSI. **Au total, 13 villages sont retenus.** Ces villages serviront plus tard dans le cadre des évaluations à mi-parcours et/ou finales. La finalité d'une telle approche est de déterminer les progrès réalisés au sein des groupes cibles (femmes enceintes et mères d'enfants) dans la zone d'enquête et de les comparer avec celles notées dans les villages témoins (hors zone d'intervention de programme).

#### **XIV. Choix des femmes enceintes et mères d'enfants de 0 à 24 mois**

Au niveau de chacun des 78 villages d'intervention sélectionnés, dix (10) femmes ont été choisies. Le nombre des femmes enceintes est établi en appliquant à la population de chaque localité le taux de grossesses attendues de la région de Diffa, soit 4,77%. Sur cette base, le calcul aboutit à cinq (5) femmes enceintes. Par conséquent, le nombre de femmes mères d'enfants de 0 à 24 mois est de cinq (5).

**Pour l'ensemble des 78 villages, on obtient un total de 780 femmes à enquêter dont 390 de femmes enceintes et autant de mères d'enfants de 0 à 24 mois.**

## 5. Organisation de la collecte de données

Trois équipes de 4 enquêteurs ont été formées à raison d'une (1) pour chacune des trois (3) zones. Dans chaque équipe, un enquêteur a été désigné comme chef. Ainsi dans chaque équipe les 3 enquêteurs administrent les questionnaires "femmes enceintes de plus de 4 mois" et "mères d'enfants de 0 à 24 mois" et le chef d'équipe s'occupe des entretiens en focus group (personnels de santé et leaders communautaires) et de la supervision interne de son équipe.

Durant toute l'enquête, la supervision externe des équipes est assurée par les deux (2) consultants, le Coordonnateur de l'antenne de HKI de Diffa, accompagnés par un (1) représentant de la DRSP et un (1) du district sanitaire de Diffa.

## 6. Techniques de collecte et de saisie des données

En plus de la consultation documentaire, des entretiens individuels et en focus groupes ainsi que l'observation ont été pratiqués pour la collecte des données sur le terrain. Les entretiens individuels ont été conduits avec les femmes enceintes et les mères d'enfants, les entretiens en focus groups avec les personnels de santé au niveau des CIS et CS ainsi qu'avec les leaders communautaires au niveau des villages. S'agissant de l'observation, elle a été pratiquée au cours surtout des entretiens individuels dans les ménages pour vérifier certaines réponses des personnes interrogées. Il convient de relever que tous les entretiens ont été menés sur la base d'outils élaborés à cet effet.

En ce qui concerne la saisie des données, elle a commencé après avoir testé et mis à jour les deux masques. La saisie a été faite à Niamey par quatre équipes de deux agents.

## 7. Méthodes de traitement et d'analyse des données

Ainsi l'enquête a permis de mener des investigations auprès de 768 femmes dont 384 femmes enceintes et autant de femmes allaitantes ayant des enfants âgées de moins de deux ans. Les informations collectées au cours de cette étude sur les connaissances attitudes et pratiques des mères ont porté sur :

- 1) le suivi de la grossesse (consultation prénatale, accouchement)
- 2) la vaccination
- 3) l'alimentation de la femme enceinte et allaitante
- 4) la planification familiale
- 5) l'allaitement maternel
- 6) l'alimentation de complément
- 7) l'hygiène et le lavage des mains
- 8) l'utilisation de la moustiquaire
- 9) le traitement et la prise en charge des maladies

Les informations quantitatives (questionnaires femmes enceintes et mères d'enfants) ont été traitées et analysées grâce au logiciel SPSS et les qualitatives manuellement (guide d'entretien).

### Situation de l'échantillon de l'étude

Zones (3)	CSI échantillon (13)	CS échantillon (26)	Villages d'intervention sans CSI ni CS (5)	Villages complémentaires (21)	Villages témoins (13)	Nombre total des villages échantillon	Nombre de femmes enquêtées
Zone pastorale	1. Issari	1. Nouroua 2. Kollédji	-	1. Nodjia 2. Nouri	1. Gueltoupé	6	60
	2. Toumour	3. Bagué 4. N'guelkolo	-	3. Mallam djaradi 4. Guelbawa	2. Boulbi	6	60
	3. Kindjandi	5. Fourdi 6. Tangarwa (nouvelle CS)	-	5. Mallam djori 6. Koussori	3. Puits Elh Bako	6	60
Zone centre	4. Malam Boukardi	7. Maissirodi 8. Adji koyari	-	7. Domboula 8. Mamari Dina	4. Kardjim Tilo	6	60
	5. Chétimari	9. Kalgouram 10. Kalgamari	1. Mallam kourn <sup>2</sup> adi	9. Wandori	5. Balalari	6	60
	6. Bagara	11. Dabago 12. Ligaridi	2. Yaguirguidi	10. Malam Gamari	6. Maïchanouri	6	60
	7. Diffa	13. Kourssari 14. Digargo	3. Kangouri	11. Doungouroum	7. N'Goui	6	60
	8. Assaga	15. Kagania 16. Kayawa	-	12. Argou fidé 13. Zénom tcholori	8. Madou kaouri	6	60
Zone sud	9. Bosso	17. Boulayi 18. Gamgara	4. Boulagana	14. Mamouri	9. Gogole	6	60
	10. Gueskéro	19. Gagam 20. Goutoulou	-	15. Machemari 16. Bandari	10. Dougoulé	6	60
	11. Dagaya	21. Kindilam 22. Rillé	-	17. Forom 18. Bouji	11. Dagoum	6	60
	12. Barwa	23. Touboram 24. Tchoukoudjani	-	19. Barwa gana 20. Djawa	12. Krikassamba	6	60
	13. Dewa	25. Allah Dalaram 26. Boulabrim	5. Guesséré (rattaché au CSI de N'garwa non sélectionné)	21. Allagarno	13. Gachoua	6	60
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>78</b>	<b>780</b>

## Annexe 4 : Outils de collecte des données

### Guide d'entretien avec les personnels de santé/les leaders communautaires

HKI travaille sur une étude portant sur la santé et la nutrition des femmes et des enfants dans le District sanitaire de Diffa. Nous voudrions vous poser quelques questions sur les connaissances et pratiques dans votre communauté en ce qui concerne l'alimentation des femmes en âge de procréation et des enfants de 0 à 24 mois. Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette enquête est volontaire. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette évaluation car cela nous aidera à de mieux connaître les pratiques d'alimentation et de santé ce qui nous permettra d'améliorer notre travail au sein de votre communauté.

Êtes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ? OUI=1 NON=2

Pour les personnes qui refusent, les remercier et les permettre de partir.

---

Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Identité(s) enquêté(s) : \_\_\_\_\_ Statuts(s) : \_\_\_\_\_  
 1) .....  
 2) .....  
 Nom enquêteur : .....

---

#### I. Allaitement Maternel

1. Que pensez-vous de l'allaitement maternel exclusif ? Pendant combien de temps un enfant ne doit-il recevoir que du lait maternel ? Pourquoi ?
2. Quelle perception la population a-t-elle de l'allaitement maternel exclusif ?
3. Quels facteurs dans cette communauté favorisent la pratique de l'allaitement maternel exclusif (Qu'est-ce que vous avez observé qui encourage la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans cette communauté)
4. Quels facteurs dans cette communauté entravent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ? (Qu'est-ce que vous avez observé qui empêche la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans cette communauté)

#### II. Alimentation complémentaire de l'enfant

5. A votre avis, quels aliments garantissent une bonne nutrition pour les enfants âgés de 6 à 23 mois ?
6. Quelle perception ou connaissance avez-vous de l'alimentation de complément de l'enfant ?
7. Quelle est la disponibilité des aliments tels que l'œuf, la viande ; poisson, le lait pour l'enfant ?
8. En cas d'achat, qui (des parents) fournit l'argent nécessaire ?

#### III. Pratiques de soins des enfants

9. Quand la mère ou gardienne d'enfant s'absente, combien d'heures par jour en moyenne sont-elles séparées de leurs enfants âgées de 6 à 24 mois ? Préciser une moyenne de temps ?
10. Quand les mères ou gardiennes d'enfants s'absentent de la maison qui s'en occupe habituellement ?

#### IV. Traitement adéquat des maladies de l'enfant

11. Dans votre communauté, lorsque les enfants ont la diarrhée la fièvre ou toute autre maladie, à qui on demande des conseils ou un traitement ?
12. Est-ce que la plupart des parents de votre communauté emmènent les enfants au centre de santé lorsqu'ils sont malades ?
13. Sinon pourquoi pas ?
14. Quelles sont les autres alternatives de traitement ?

#### V. Alimentation des enfants malades

15. Dans votre communauté, lorsque l'enfant est malade, quelles sont les pratiques en alimentation ? Est-ce que la quantité d'aliments donnée à l'enfant reste la même, est augmentée ou bien réduite ?
16. Comment amener un enfant malade à accepter de manger lorsqu'il le refuse ?

#### VI. Eau, hygiène et assainissement

17. Quelle est la perception de la population sur l'importance des latrines ?
18. Quels sont les facteurs qui encouragent les chefs de ménage à construire une latrine ? Quels sont les facteurs qui entravent l'utilisation des latrines ?
19. Quelles sont les occasions auxquelles faut-il se laver les mains ? Dans cette communauté, quelles sont les habitudes par rapport au lavage des mains ? Est-ce que lavage des mains avec du savon sont répandues ? Sinon, pourquoi pas ?
20. Existe-t-il un comité d'hygiène ou de salubrité dans votre village ? Quelles sont les responsabilités ? Est-il fonctionnel ? A-t-il des moyens ?
21. Quels sont les besoins en matière d'eau, hygiène et assainissement dans cette communauté ?

**VII. Utilisation de la moustiquaire imprégnée**

22. Est-ce que les femmes et les enfants dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide ?

23. Quelle perception la communauté a-t-elle de la moustiquaire imprégnée et de la lutte contre le paludisme ?

**QUESTIONNAIRE FEMMES ENCEINTES ENQUÊTE CAP DIFFA**

*HKI travaille sur une étude portant sur la santé et la nutrition des femmes et des enfants dans le District sanitaire de Diffa. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Nous poserons quelques questions aux femmes enceintes. Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette enquête est volontaire. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette évaluation, car cela nous aidera à mieux connaître vos pratiques d'alimentation et de santé, ce qui nous permettra d'améliorer notre travail au sein de votre communauté.*

**1. Êtes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ? OUI = 1 NON = 2**

**Si non remercier la femme et suivre les instructions pour sélectionner un autre ménage**

**SECTION 1 : IDENTIFICATION**

**2.** Numéro du questionnaire :  |  |

**3.** Jour/Mois/Année de l'enquête :  /  /

**4.** Commune : .....  
 1) Diffa   
 2) Chétimari  
 3) Toumour  
 4) Bosso  
 5) Gueskérou

**5.** Nom du Village : .....

**6.** Nom de l'enquêteur/enquêtrice.....

**SECTION 2 : DONNEES GÉNÉRALES SUR LA MERE**

**7.** Quel est votre nom et prénom ou surnom ? : .....

**8.** Quel est votre groupe ethnique ?  
 1) Kanouri  
 2) Peulh  
 3) Toubou  
 4) Haoussa  
 5) Arabe  
 6) Autre (à préciser) .....

**9.** Quel est votre village de provenance  
 1) ..... (du Niger)  
 2) ..... (du Nigéria)  
 3) ..... (d'autre pays)

**10.** Si différent du village de résidence (Q5), dire le motif du déplacement  
 .....

**11.** Quelles est la durée de votre séjour dans le village actuel ?  
 Nombre d'années

**12.** Quel est votre âge ?  
 (1) Moins de 18 ans  
 (2) 18 à 30 ans  
 (3) 31 à 40 ans  
 (4) Plus de 40 ans

**13.** Quel est l'âge de votre dernier enfant ?

**14.** Quel est votre niveau d'étude ?  
 (plusieurs réponses possibles)  
 (1) Aucune instruction 14.1.   
 (2) Primaire 14.2.   
 (3) Secondaire 14.3.   
 (4) Supérieure 14.4.   
 (5) Alphabétisée 14.5.   
 (6) École coranique 14.6.

**15.** Quel est l'activité principale de votre ménage ?  
 1) Agriculture  
 2) Elevage  
 3) Commerce  
 4) Artisanat  
 5) Emploi salarié  
 6) sans activité

		7) Autre (à préciser) -----	
16.	Quelle est votre <u>principale activité à vous</u> ?	(1) Agriculture (2) Élevage (3) Commerce (boutique, bétail, etc.) (4) AGR (petit commerce, artisanat, maraîchage, etc.) (5) Emploi salarié (6) Autre (à préciser) -----	__

<b>SECTION 3 : SOINS ET CONSULTATIONS PRÉNATALES</b>			
17.	Avez-vous un carnet ou tout autre document de santé ? <i>Demander à le voir</i>	1) Oui (carnet/document vu) 2) Oui (carnet/document non vu) 3) Non	__
<b>Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes</b>			
18.	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	1) Oui 2) Non (Si NON, continuer à la Question N°36)	__
19.	Qui avez-vous consulté ?	1) Agent de santé (médecin, infirmier, sage-femme, ASC) 2) Accoucheuse traditionnelle 3) Autres (à préciser) _____	__
20.	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?  <i>ATTENTION : Vérifier dans le carnet de santé s'il existe</i>	Préciser le nombre de mois  99) NSP	__
21.	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultations prénatales ?	Préciser le nombre de fois  99) NSP	__
22.	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</li> <li>• Vous a-t-on prélevé du sang ?</li> <li>• Vous a-t-on pris la tension artérielle ?</li> <li>• Vous a-t-on examiné (gynécologie) ?</li> </ul>	1) Prélèvement de sang effectué ?  2) Prélèvement d'urine effectué ?  3) Prise de la tension ?  4) Examens gynécologiques ?	22.1.1 Oui  __  22.1.2 Non  __  22.1.99. NSP  __   22.2.1 Oui  __  22.2.2 Non  __  22.2.99 NSP  __   22.3.1 Oui  __  22.3.2 Non  __  22.3.99 NAP  __   22.4.1 Oui  __  22.4.2 Non  __  22.4.99 NAP  __
23.	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé des signes de danger au cours de la grossesse ?	1) Oui 2) Non (si NON passer à Q25) 3) Ne s'en souvient pas	__
24.	Si OUI, citez-en quelques-uns ?	.....	
25.	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour vous protéger et protéger votre bébé contre le tétanos ?	1) Oui 2) Non 99) NSP	__
26.	Si OUI, combien de fois vous a-t-on fait cette injection contre le tétanos ?	Préciser le nombre de fois	__
27.	Combien de fois avez-vous reçu cette injection contre le tétanos <u>au cours de votre dernière grossesse</u> ?	1) Préciser le nombre si applicable 2) Non applicable 99) NSP	__
28.	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?	1) Oui 2) Non 99) NSP	__

	<u>Montrer des comprimés de fer</u>		
29.	Pendant toute la grossesse, durant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop ?  <u>Si la réponse n'est pas numérique, insistez pour obtenir un nombre approximatif de jours</u>	Préciser le nombre de jours  99) NSP	__
30.	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?  <u>Montrez un exemple de ces médicaments</u>	1) Oui 2) Non 99) NSP	__
31.	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?  <u>Montrez un exemple</u>	1) Oui 2) Non (Si NON, passer à Q35) 99) NSP (Si NSP, passer à Q35)	__
32.	Si OUI, quels médicaments avez-vous pris ?  <u>Enregistrez tout ce qui est mentionné. Si le type de médicament n'est pas (précisez) déterminé, montrez des antipaludéens courants à l'enquêtee</u>  Si réponse 1, vérifier si la Sulfadoxine a été prise à titre préventif contre le paludisme	1) Sulfadoxine 2) Coartem /Quinine 300 mg 3) Autres (à préciser) .....	__
33.	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la Sulfadoxine ?	Nombre de fois à préciser	__
34.	A quelle occasion avez-vous reçu cette Sulfadoxine ?  <u>Plusieurs réponses possibles</u>	1) Consultation prénatale (CPN) 2) Autre visite médicale 3) Autre (à préciser) .....	34.1  __  34.2  __  34.3  __
35.	Combien de moustiquaires imprégnées d'insecticides votre ménage a-t-il ? <u>Demandez à l'enquêtee de montrer les moustiquaires du ménages ?</u>	Préciser le nombre de moustiquaires imprégnées (présentées)	__
36.	Qui a dormi sous moustiquaire la nuit dernière ?  <u>Une seule réponse</u>	1) Moi-même 2) Mes enfants de 0 à 5 ans 3) Moi et mes autres enfants 4) Mon époux 5) Tous les membres du ménage 6) Aucun des membres du ménage	__
37.	Quelles sont les pratiques recommandées pour une femme enceinte ?  <u>Plusieurs réponses sont possibles</u>  <u>ATTENTION</u> - <u>Ne pas proposer les réponses</u> - <u>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</u>	1) Augmenter le nombre de repas par jour 2) Manger des aliments riches en fer notamment les aliments d'origine animale (viandes, œufs, volaille, poissons, foie lait) 3) Augmentation du temps de repos 4) Assister à 4 visites CPN 5) Prendre des comprimés de FAF chaque jour 6) Prendre le traitement SP contre le paludisme 7) Autres (à préciser) .....	37.1.  __  37.2.  __  37.3.  __  37.4.  __  37.5.  __  37.6.  __  37.7  __  37.99  __
38.	Où avez-vous accouché lors de votre grossesse précédente ?  <u>Une seule réponse</u>	1) A domicile 2) Au centre de santé 3) Autre (à préciser) .....	__
39.	Qui vous a assisté lors de ce dernier accouchement ?	1) Agents de santé (Médecin, infirmier, Sage-femme, ASC) 2) <b>M</b> atrone/accoucheuse traditionnelle 3) Autres (à préciser) .....	__
		4) Non applicable	

40.	Si l'accouchement a eu lieu à domicile (Réf. Q 38), préciser la raison.	.....	
<b>SECTION 4 : PRATIQUES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT</b>			
41.	D'où provient <i>principalement</i> l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	1) Robinet (MAEP) 2) Puits couvert 3) Puits non couvert 4) Marigot/mare/rivière 5) Forage 6) Puisard 7) Autre ( <i>précisez</i> ) -----	__
42.	Quel traitement effectuez-vous avant de la boire ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>Écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i>	1) Pas de traitement 2) Porter à ébullition 3) Solution javellisée 4) Filtration 5) Décantation 6) Autre ( <i>à préciser</i> ) .....	42.1.  __  42.2.  __  42.3.  __  42.4.  __  42.5.  __  42.6.  __
43.	Disposez-vous d'une latrine dans votre ménage ?	1) Oui 2) Non ( <i>Si non, passer à Q47</i> )	__
44.	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?  <i>Une seule réponse. Attention vérifiez le type</i>	(1) Latrines à fosse moderne (2) Latrines à fosse traditionnelle (3) Autres ( <i>précisez</i> ) -----	__
45.	Qui l'utilise parmi les membres de votre ménage ?	1) Les adultes 2) Les enfants en âge 3) Tous les membres du ménage	45.1  __  45.2  __  45.3  __
46.	Vérifier l'hygiène	1) Bon 2) Passable 3) Mauvais	__
47.	Si NON, comment faites-vous ?	1) Latrines collectives (publiques) 2) Natures / champs/brousse 3) Seau/Pot 4) Autres ( <i>à préciser</i> ) .....	47.1  __  47.2  __  47.3  __  47.4  __
48.	La dernière fois que votre enfant a fait des selles (est allé aux toilettes) qu'avez-vous fait des excréments ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i>	1) Jeté dans les toilettes ou latrines 2) Jeté dans les égouts ou caniveaux 3) Jeté dans les ordures 4) Enterré 5) Lissé à l'air libre 6) Autres ( <i>à préciser</i> ) .....	48.1  __  48.2  __  48.3  __  48.4  __  48.5  __  48.6  __
49.	Habituellement, à quels moments lavez-vous vos mains ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i>	1) Après avoir déféqué 2) Après avoir nettoyé les selles de l'enfant 3) Avant de préparer à manger 4) Avant de donner à manger à l'enfant 5) Avant de manger 6) Autre ( <i>à préciser</i> ) -----	49.1  __  49.2  __  49.3  __  49.4  __  49.5  __  49.6  __
50.	Montrez-moi, s'il vous plaît, où vous vous lavez les mains habituellement  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	1) Au niveau des toilettes 2) Au niveau de l'aire d'ablution 3) Au niveau de la cuisine 4) Autre ( <i>à préciser</i> ) .....	50.1  __  50.2  __  50.3  __  50.4  __  50.5  __
51.	Quels sont les produits dont vous disposez pour le lavage les mains ? ( <i>plusieurs réponses possibles</i> )  <i>Enregistrez si du savon ou d'autres produits nettoyants sont présents dans l'endroit spécifique prévu pour se laver les mains.</i>	1) Savon présenté 2) Détergent (OMO, So klin...) 3) Cendre présentée 4) Sable 5) Autres à préciser..... 6) Aucun	51.1  __  51.2  __  51.3  __  51.4  __  51.5  __  51.6  __

<b>SECTION 5 : PLANIFICATION FAMILIALE</b>			
<i>Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</i>			
<b>52</b>	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé des méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	1) Oui 2) Non	___
<b>53</b>	Si OUI, pouvez-vous nous citer ces méthodes ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	1) Diu (stérilet) 2) implants 3) Injectables 4) Pilule 5) Préservatifs (condoms) 6) Méthode Mama (allaitement) 7) Méthode du rythme 8) Retrait ou Coït interrompu 9) Autre méthode moderne ..... 10) Autre méthode tradition.....	53.1   ___   53.2   ___   53.3   ___   53.4   ___   53.5   ___   53.6   ___   53.7   ___   53.8   ___   53.9   ___   53.10   ___
<b>54</b>	Utilisez-vous une méthode pour retarder une grossesse ou espacer des grossesses ?	1) Oui 2) Non	___
<b>55</b>	Si OUI, laquelle ?  <i>Une seule réponse</i>	1) Diu (stérilet) 2) implants 3) Injectables 4) Pilule 5) Préservatifs (condoms) 6) Méthode Mama (allaitement) 7) Méthode du rythme 8) Retrait ou Coït interrompu 9) Autre méthode moderne ..... 10) Autre méthode tradition.....	___
<b>56</b>	Quelle méthode pensez-vous est l'idéal pour vous ?  <i>Une seule réponse</i>	1) Diu (stérilet) 2) implants 3) Injectables 4) Pilule 5) Préservatifs (condoms) 6) Méthode Mama (allaitement) 7) Méthode du rythme 8) Retrait ou Coït interrompu 9) Autre méthode moderne ..... 10) Autre méthode tradition.....	___
<b>57</b>	Quelle méthode est l'idéal pour votre conjoint ?  <i>Une seule réponse</i>	1) Diu (stérilet) 2) implants 3) Injectables 4) Pilule 5) Préservatifs (condoms) 6) Méthode Mama (allaitement) 7) Méthode du rythme 8) Retrait ou Coït interrompu 9) Autre méthode moderne ..... 10) Autre méthode tradition..... 11) NSP	___
<b>SECTION 6 : ANTHROPOMÉTRIE FEMME ENCEINTE</b>			
<b>58.</b>	Périmètre brachial de la femme enquêtée  <i>Si PB inférieur à 230 mm, la référer au centre de santé le plus proche</i>		___     ___     ___   mm
<b>FIN DE L'INTERVIEW MERCI POUR VOTRE TEMPS ET VOTRE COOPÉRATION</b>			
Contrôlé sur le terrain par le chef d'équipe/nom : .....			
Contrôlé sur le terrain par le superviseur : OUI = 1 NON = 2 (encercler la réponse)			

**QUESTIONNAIRE MÈRE D'ENFANTS DE 0 A 24 MOIS ENQUÊTE CAP DIFFA**

HKI travaille sur une étude portant sur la santé et la nutrition des femmes et des enfants dans le District sanitaire de Diffa. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Nous poserons quelques questions aux mamans des enfants de 0 à 24 mois. Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette enquête est volontaire. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette évaluation car cela nous aidera à de mieux connaître vos pratiques d'alimentation et de santé ce qui nous permettra d'améliorer notre travail au sein de votre communauté.

59. Êtes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ? OUI = 1 NON = 2

Si non remercier la femme et suivre les instructions pour sélectionner un autre ménage

### SECTION 1 : IDENTIFICATION

60. Numéro du questionnaire :

61. Jour/Mois/Année de l'enquête :   /   /

62. Commune

- 6) Diffa  
7) Chétimari  
8) Toumour  
9) Bosso  
10) Gueskérou

63. Nom du Village : .....

64. Nom de l'enquêteur/enquêtrice.....

### SECTION 2 : DONNEES GÉNÉRALES SUR LA MERE

65. Quel est votre nom et prénom ou surnom ? : .....

66. Quel est votre groupe ethnique ?

- 7) Kanouri  
8) Peulh  
9) Toubou  
10) Haoussa  
11) Arabe  
12) Autre (à préciser) .....

67. Quel est votre village de provenance

- 4) ..... (du Niger)  
5) ..... (du Nigéria)  
6) ..... (d'autre pays)

68. Si différent du village de résidence (Q5), dire le motif du déplacement

.....

69. Quelles est la durée de votre séjour dans le village actuel ?

Nombre d'années

70. Quel est votre âge ?

- (5) Moins de 18 ans  
(6) 18 à 30 ans  
(7) 31 à 40 ans  
(8) Plus de 40 ans

71. Combien d'enfants avez-vous ?

72. Quel est votre niveau d'étude ?

*Plusieurs réponses possibles*

- (7) Aucune instruction  
(8) Primaire  
(9) Secondaire  
(10) Supérieure  
(11) Alphabétisée  
(12) École coranique

14.1.

14.2.

14.3.

14.4.

14.5.

14.6.

73. Quel est l'activité principale de votre ménage ?

*Une seule réponse*

- 8) Agriculture  
9) Elevage  
10) Commerce  
11) Artisanat  
12) Emploi salarié  
13) sans activité  
14) Autre (à préciser) .....

74. Quelle est votre principale activité à vous ?

- 1) Agriculture

<u>Une seule réponse</u>	2) Élevage 3) Commerce (boutique, bétail, etc.) 4) AGR (petit commerce, artisanat, maraîchage, etc.) 5) Emploi salarié 6) Autre (à préciser) -----	_ _
--------------------------	--	-----

<b>SECTION 3 : DONNEES GENERAL SUR L'ENFANT (DERNIER ENFANT DE LA MÈRE)</b>			
<b>75.</b>	Type de naissance	1) Seul 2) Jumeaux 3) Autres (à préciser) .....	_ _
<b>76.</b>	Nom/prénom de l'enfant (un seul enfant si jumeau ou autre) : .....		
<b>77.</b>	Sexe de l'enfant	1) Masculin 2) Féminin	_ _
<b>78.</b>	Date de naissance (jour/mois/année)	_ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _	
<b>79.</b>	Age (en mois) si inférieur à 1 mois mettre 00		_ _ _
<b>80.</b>	Moyen de vérification	1) un document officiel 2) le calendrier des évènements 3) les deux	_ _
<b>81.</b>	Mesures anthropométriques (uniquement enfants de 6 mois et plus)  <u>Si PB de l'enfant est rouge ou jaune, le référer au centre de santé le plus proche.</u>	<b>PB enfant 1</b>  <b>PB enfant 2 (en cas de jumeaux)</b>	_ _ _ _  mm   _ _ _ _  mm

<b>SECTION 4 : CONNAISSANCES ET PRATIQUES D'ALLAITEMENT MATERNEL</b>			
<b>82.</b>	Qu'avez-vous donné à votre enfant [nom] à la naissance ?  <u>Une seule réponse</u>	1) Lait maternel 2) Lait autre que le lait maternel (vache, chèvre, brebis, chamelle) 3) Infusion calmante 4) Eau salée ou sucrée 5) Jus de fruit 6) Lait en poudre pour bébé 7) Miel + eau 8) Eau de dattes 9) Autres (à préciser) .....	_ _
<b>83.</b>	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis l'enfant au sein pour la première fois ?  <u>Une seule réponse</u>	1) Si moins d'une heure, noter '00' 2) Si moins de 24 heures 3) ( ) notez-le en heure 4) Si plus de 24 heures notez-le en nombre de jours 5) Non applicable	_ _
<b>84.</b>	Dans les <u>trois premiers jours après la naissance</u> , est ce que votre enfant a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	1) Oui 2) Non	_ _
<b>85.</b>	Si OUI, que lui avez-vous donné à boire ?  <u>Plusieurs réponses possibles</u>	1) Lait autre que le lait maternel (vache, chèvre, brebis, chamelle) 2) Infusion calmante 3) Eau salée ou sucrée 4) Jus de fruit 5) Lait en poudre pour bébé 6) Miel + eau 7) Eau de dattes 8) Autres (à préciser) .....	27.1  _ _ _  27.2  _ _ _  27.3  _ _ _  27.4  _ _ _  27.5  _ _ _  27.6  _ _ _  27.7  _ _ _  27.8  _ _ _

86.	<p>Quelles sont les avantages de l'allaitement maternel pour le bébé ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p> <p><b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i></p>	<p>1) Protéger le bébé des maladies 2) Aider le bébé à grandir 3) Le lait maternel a toutes les vitamines essentielles durant les six premiers mois 4) Le lait maternel est sain et pur 5) Le lait maternel est gratuit 6) Encouragement des liens affectifs entre mère et enfant 7) Réduction des frais médicaux 8) Autre à préciser..... 99) NSP</p>	<p>28.1  ___  28.2  ___  28.3  ___   28.4  ___  28.5  ___  28.6  ___  28.7  ___   28.8  ___  28.99  ___ </p>
87.	<p>Quelles sont les avantages de l'allaitement maternel pour la mère ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p> <p><b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i></p>	<p>1) Protéger la mère contre l'hémorragie 2) Encouragement des liens affectifs entre mère et enfant 3) Moins de risque de grossesse (retard des règles de la mère) 4) Économique/Gratuit 5) Moins de soucis/frais pour la santé de l'enfant 6) Protection contre les cancers 7) Autre (à préciser) ..... 99) NSP</p>	<p>29.1  ___  29.2  ___  29.3  ___  29.4  ___  29.5  ___  29.6  ___  29.7  ___  29.99  ___ </p>
88.	<p>Pendant combien de temps avez-vous allaité votre <u>avant-dernier enfant</u> ?</p>	<p>Donner le nombre de mois</p> <p>Non applicable</p>	<p> ___ </p>

#### SECTION 5 : CONNAISSANCES ET PRATIQUES D'ALIMENTATION DE COMPLEMENT

89.	<p>A partir de quel âge doit-on donner des aliments en plus du lait maternel à un enfant ?</p> <p><i>Une seule réponse</i></p> <p><b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i></p>	<p>1) Dès la naissance 2) A partir de 2-3 mois 3) A partir de 4-5 mois 4) A partir de 6 mois 5) A partir de 7+ mois 99) NSP</p>	<p> ___ </p>
90.	<p>Quel est le nombre minimum de repas que votre enfant qui a présentement (âge en mois) doit prendre par jour en plus du lait maternel ?</p> <p><i>Une seule réponse</i></p>	<p>1) 0 repas 2) 1 repas 3) 2 repas 4) 3 repas 5) Autres (à préciser) .....</p>	<p> ___ </p>
91.	<p>Qu'est ce que votre enfant a consommé durant les dernières 24 h ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<p>1) Céréales : Riz, mil, maïs, sorgho, pain, blé, biscuits, gâteaux etc. 2) Légumes et tubercules riches en vitamine A : Citrouille, carotte, courge ou patates douces dont la chair est orange, poivron 3) racines et tubercules blanc : pomme de terre, igname, manioc 4) Légumes verts à feuilles foncées 5) feuille de baobab, ou d'oseilles, ou de Moringa, ou d'amarante (&gt;1 cuillère à café), 6) Autres légumes Choux, laitues, oignon, salades, aubergines 7) Fruits riches en Vitamine A : Mangues mûres, melon orange, papaye 8) Autres Fruits : jujubes, tamarin, pain de singe, néré ( ), datte, mure, pastèque, etc. 9) Abats : foie, rein, intestin, cervelle, cœur</p>	<p>33.1  ___  33.2  ___  33.3  ___  33.4  ___  33.5  ___  33.6  ___  33.7  ___  33.8  ___  33.9  ___ </p>

		10) Viande, volaille : Bœuf, mouton, chèvre, poulet, ou autre volaille, Poissons frais ou séchés 33.10   ___	
		11) Poisson et fruits de mer frais ou séchés (sup à une cuillère à soupe) poisson, poisson séché ; crustacés 33.11   ___	
		12) Œufs 33.12   ___	
		13) Légumes à gousse, noix légumineuses (haricot, niébé, pois, lentilles, arachide, soja, sésame) 33.13   ___	
		14) Laits et produits laitiers : Lait de vache, lait de chèvre, de chameau, lait en poudre, beurre, fromage, 33.14   ___	
		15) Huile/matière grasse : beurre huile de palme et tout autre aliment fait avec de l'huile/matière grasse 33.15   ___	
		16) Sucre ou miel 33.16   ___	
		17) Épices et Condiments (piment, l'aie, poivre), café ou thé 33.17   ___	
		18) Eau 33.18   ___	
		19) Lait maternel 33.19   ___	
92.	Combien de fois votre enfant [nom] a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour et la nuit ?	Préciser le nombre de fois	___
93.	Est-ce que votre enfant est tombé une fois malade de fièvre, de toux ou de diarrhée ?	1) Oui 2) Non (si NON passer à Q38)	___
94.	Si OUI, quelle quantité d'aliments lui a-t-on donnée ?  <i>Une seule réponse</i> <i>Si la réponse à la question est moins, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins</i>	1) Beaucoup moins que d'habitude 2) Un peu moins que d'habitude 3) Environ la même quantité que d'habitude 4) Plus que d'habitude 5) A stoppé la nourriture (l'enfant a refusé de manger)	___
95.	Après guérison de l'enfant, quelle quantité d'aliment vous lui avez donnée ?  <i>Une seule réponse</i> <i>Si la réponse à la question est moins, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins</i>	1) Beaucoup moins que d'habitude 2) Un peu moins que d'habitude 3) Environ la même quantité que d'habitude 4) Plus que d'habitude 5) Non applicable	___
96.	Quels sont, dans votre communauté, les ingrédients utilisés pour la préparation d'une <u>bouillie simple</u> pour les enfants de 6 à 24 mois ?	1) Farine de céréales (mil, maïs, sorgho, riz) 2) Farines de céréales + lait 3) Ne prépare jamais de la bouillie 4) Autres (à préciser) .....	___
97.	Pouvez-vous citer les ingrédients pour la préparation d'une <u>bouillie enrichie</u> pour les enfants de 6 à 24 mois?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <b>ATTENTION</b> - <i>Ne pas proposer les réponses</i> - <i>Écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</i>	1) Mil, Maïs, sorgho, riz 2) Patate douce, igname, pomme de terre 3) Tourteau ou pate d'arachide 4) Haricot 5) Pomme de terre 6) Lait caillé 7) Lait en poudre 8) Viande 9) Poisson 10) Œufs 11) Mangue 12) Papaye 13) Carotte 14) Feuille verte foncée (baobab, gombo oseille) 15) Pain de singe 16) Autres (à préciser) .....	39.1   ___   39.2   ___   39.3   ___   39.4   ___   39.5   ___   39.6   ___   39.7   ___   39.8   ___   39.9   ___   39.10   ___   39.11   ___   39.12   ___   39.13   ___   39.14   ___   39.15   ___   39.16   ___

## SECTION 6 : MALNUTRITION : RECONNAISSANCE PRÉVENTION

98.	Avez-vous déjà assisté à une séance d'éducation ou de sensibilisation sur la malnutrition ?	1) Oui 2) Non	___
-----	---	------------------	-----

99.	(Présentez la photo d'un enfant atteint de marasme). Que voyez-vous sur la photo ?	1) Enfant malnutri 2) Gros enfant 3) Enfant maigre 4) Enfant malade 5) Enfant bien portant 99) NSP	<input type="checkbox"/>
100.	Est-ce une maladie ?	1) Oui 2) Non	<input type="checkbox"/>
101.	Si oui comment s'appelle cette maladie ?	1) Marasme en langue locale 2) Autres ..... 99) NSP	<input type="checkbox"/>
102.	(Présentez la photo d'un enfant atteint de kwashiorkor). Que voyez-vous sur la photo?	1) Enfant malnutri 2) Gros enfant 3) Enfant maigre 4) Enfant malade 5) Enfant bien portant 6) Enfant œdémateux (enflé) 99) NSP	<input type="checkbox"/>
103.	Est-ce une maladie ?	1) Oui 2) Non	<input type="checkbox"/>
104.	Si oui comment s'appelle cette maladie ?	1) Kwashiorkor en langue locale 2) Autres 99) NSP	<input type="checkbox"/>

<b>SECTION 7 : PRATIQUES DE SOINS</b>			
105	L'enfant, possède-t-il un carnet de santé ou de vaccination ?  <i>Une seule réponse</i>	1) Carnet de santé 2) Carte de vaccination 3) Les deux 4) Aucun ( <i>Si AUCUN, passer à Q51</i> )	<input type="checkbox"/>
106	Vérifier sur le carnet de santé ou la carte de vaccination si les vaccinations ont été effectuées  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	1) BCG : (à la naissance) 2) Vaccin Poliomyélite (à la naissance) 3) Penta 1 (6 semaines) 4) Penta 2 (10 semaines) 5) Penta 3 (14 semaine) 6) Vaccin contre la rougeole (9ème mois) 7) Rota virus 8) Pneumo 9) VAA	48.1   <input type="checkbox"/>   48.2   <input type="checkbox"/>   48.3   <input type="checkbox"/>   48.4   <input type="checkbox"/>   48.5   <input type="checkbox"/>   48.6   <input type="checkbox"/>   48.7   <input type="checkbox"/>   48.8   <input type="checkbox"/>   48.9   <input type="checkbox"/>
107	Votre enfant, a-t-il reçu des compléments en vitamine A au cours des <u>6 derniers mois</u> ?  <i>Posez la question uniquement pour les enfants de 6 mois et plus</i>  <i>Montrez un exemple de la capsule</i>	1) Oui - écrit sur le carnet de santé 2) Oui - déclaré par la mère 3) Non applicable 4) Non 5) Non applicable 99) NSP	<input type="checkbox"/>
108	A-t-il déjà reçu un traitement de déparasitage ?  <i>Posez la question uniquement pour les enfants de plus de 12 mois</i> <i>Montrez un exemple de comprimé d'antiparasitaire</i>	1) Oui - écrit sur le carnet de santé 2) Oui - déclaré par a mère 3) Non 4) Non applicable 99) NSP	<input type="checkbox"/>
109	L'enfant, a-t-il été malade durant les deux dernières semaines ?	1) Oui 2) Non ( <i>Si NON passer à Q57</i> )	<input type="checkbox"/>
110	Si OUI, de quelles maladies s'agissait-il ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	1) Paludisme 2) Fièvre 3) Infection respiratoires aigues 4) Diarrhée 5) Malnutrition 6) Autres (à préciser).....	52.1   <input type="checkbox"/>   52.2   <input type="checkbox"/>   52.3   <input type="checkbox"/>   52.4   <input type="checkbox"/>   52.5   <input type="checkbox"/>   52.6   <input type="checkbox"/>
111	A-t-il été soigné ?	1) Oui 2) Non ( <i>Si NON passez à 57</i> )	<input type="checkbox"/>

112	Si OUI, durant la maladie où avez-vous amené votre enfant en <u>premier lieu</u> ?	1) Centre de santé 2) Guérisseur traditionnel 3) Marabout 4) Amis /famille 5) Autres (à préciser) ..... 6) Pas consulté	__
113	Si <u>CENTRE DE SANTE</u> , que vous a-t-on donné pour votre enfant ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	1) Des médicaments 2) Une alimentation spéciale 3) Solution de réhydratation orale (SRO) 4) Une ordonnance 5) Rien	55.1  __  55.2  __  55.3  __  55.4  __  55.5  __
114	Si <u>ORDONNANCE</u> , demander à la mère ce qu'elle en a fait ?  <i>Une seule réponse</i>	1) A acheté les médicaments prescrits 2) N'a pas acheté les médicaments prescrits par manque de moyens 3) Autres (à préciser) .....	__
115	Votre enfant, a-t-il une fois eu la diarrhée ?	1) OUI 2) Non (sin NON passer à Q61)	__
116	Si OUI, où êtes-vous allée <u>en premier</u> pour rechercher des conseils ou un traitement ?  <i>Une seule réponse</i>	1) Au centre de santé 2) Chez le guérisseur traditionnel 3) Traitement au foyer 4) N'a rien fait	__
117	En cas de <u>TRAITEMENT AU FOYER</u> , qu'avez-vous donné à boire à l'enfant pendant cette diarrhée ?	1) un liquide préparé à partir de SRO (solution de réhydratation orale)  2) des décoctions à base de plantes  3) de l'eau à boire abondamment  4) une solution d'eau salée sucrée préparée à domicile (1 litre d'eau + 8 carreaux de sucre + 2 pincées de sel)  5) Autres (à préciser) .....	59.1  __   59.2  __   59.3  __   59.4  __   59.5  __
118	A Quelle fréquence ?	1) Après chaque selle liquide 2) Autres à préciser.....	__
119	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires imprégnées d'insecticide qui peuvent être utilisées pour dormir ?	1) Oui 2) non	__
120	Combien de moustiquaires imprégnées d'insecticides votre ménage a-t-il ?  <i>Demandez à l'enquêtée de montrer les moustiquaires du ménage</i>	Préciser le nombre de moustiquaires imprégnées (vérifiées)	__
121	Qui a dormi sous moustiquaire la nuit dernière ?  <i>Une seule réponse</i>	7) Moi-même 8) Enfants de 0 à 5 ans 9) Moi et autres enfants 10) Époux 11) Tous les membres du ménage 12) Aucun membre de la famille	__
122	Selon vous, quel est l'intérêt de dormir sous moustiquaire imprégnée ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <i>ATTENTION</i> <i>- Ne pas proposer les réponses</i>	1) Protection contre le froid 2) Pour l'intimité 3) Protection contre les piqûres de moustiques 4) Prévention contre le paludisme 5) Protection contre les autres insectes	64.1  __  64.2  __  64.3  __  64.4  __  64.5  __

	- <u>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</u>	6) Autre (à préciser) ..... 99) Ne sais pas	64.6   ___   64.99   ___
--	--	--	-----------------------------

<b>SECTION 8 : PRATIQUES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT</b>			
123	D'où provient <u>principalement</u> l'eau que boivent les membres de votre ménage ?  <i>Une seule réponse</i>	1) Robinet (MAEP) 2) Puits couvert 3) Puits non couvert 4) Marigot/mare/rivière 5) Forage 6) Autre (à préciser) ..... .....	___
124	Quel traitement effectuez-vous avant de la boire ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <u>ATTENTION</u> - <u>Ne pas proposer les réponses</u> - <u>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</u>	1) Pas de traitement 2) Porter à ébullition 3) Solution javellisée 4) Filtration 5) Désinfection solaire 6) Utilisation d'AQUATAB/PUR 7) Autre (à préciser) .....	66.1   ___   66.2   ___   66.3   ___   66.4   ___   66.5   ___   66.6   ___   66.7   ___
125	Disposez-vous d'une latrine dans votre ménage ?	3) Oui 4) Non ( <i>Si NON, passer à Q71</i> )	___
126	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?  <i>Une seule réponse</i>  <i>Attention vérifiez le type</i>	1) Latrines à fosse moderne 2) Latrines à fosse traditionnelle 3) Autres (à préciser) .....	___
127	Qui l'utilise parmi les membres de votre ménage ?	4) Les adultes 5) Les enfants en âge 6) Tous les membres du ménage	___
128	Vérifier l'hygiène de la latrine  <i>Appréciation visuelle</i>	4) Bon 5) Passable 6) Mauvais	___
129	Si NON, comment faites-vous ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	(4) Latrines collectives (publiques) (5) Natures / champs/brousse (6) Seau/Pot (7) Autres (à préciser) .....	71.1   ___   71.2   ___   71.3   ___   71.4   ___
130	La <u>dernière fois</u> que votre enfant a fait des selles (est allé aux toilettes), qu'avez-vous fait des excréments ?  <i>Une seule réponse</i>  <u>ATTENTION</u> - <u>Ne pas proposer les réponses</u> - <u>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</u>	7) Jeté dans les toilettes ou latrines 8) Jeté dans les égouts ou caniveaux 9) Jeté dans les ordures 10) Enterré 11) Lissé à l'air libre 12) Autres (à préciser) .....	___
131	Habituellement, à quels moments lavez-vous vos mains ?  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <u>ATTENTION</u> - <u>Ne pas proposer les réponses</u> - <u>écouter sa réponse et noter ce qui est mentionné.</u>	7) Après avoir déféqué  8) Après avoir nettoyé les selles de l'enfant  9) Avant de préparer à manger  10) Avant de donner à manger à l'enfant	73.1   ___    73.2   ___    73.3   ___    73.4   ___    73.5   ___

		11) Avant de manger 12) Autre (à préciser) ----- --	73.6  __   __
<b>132</b>	Montrez-moi, s'il vous plait, où vous vous lavez les mains habituellement  <i>Plusieurs réponses possibles</i>	6) Au niveau des toilettes 7) Au niveau de l'aire d'ablution 8) Au niveau de la cuisine 9) Autre (à préciser)	74.1  __   __  74.2  __   __  74.3  __   __  74.4  __   __
<b>133</b>	Quels sont les produits dont vous disposez pour le lavage les mains  <i>Plusieurs réponses possibles</i>  <i>Enregistrez si du savon ou d'autres produits nettoyants sont présents dans l'endroit spécifique prévu pour se laver les mains.</i>	1) Savon présenté 2) Détergent (OMO, So klin...) 3) Cendre présentée 4) Sable 5) Sel/natron 6) Autres (à préciser) ..... 7) Aucun	75.1  __   __  75.2  __   __  75.3  __   __  75.4  __   __  75.5  __   __  75.6  __   __
<b>134</b>	Périmètre brachial de la mère enquêtée  <i>Si PB inférieur à 230 mm et enfant moins de 6 mois, la référer au centre de santé le plus proche</i>		__   __   __   __  mm

**Fin de l'interview****MERCI POUR VOTRE TEMPS ET VOTRE COOPÉRATION**

Contrôlé sur le terrain par le chef d'équipe/nom : .....

Contrôlé sur le terrain par le superviseur : OUI = 1 NON = 2 (encercler la réponse)



Annexe 5 : Termes



de référence



---

**Programme Communautaire de lutte contre la Malnutrition au Niger, HKI/OFDA/USAID, 2014-2016**

**Termes de référence**

**Analyse des Connaissances, Attitudes et Pratiques des Ménages  
en matière de santé/nutrition de la mère et de l'enfant**

**1. Contexte et justification de l'étude**

Le programme de Renforcement des capacités des structures sanitaires et communautaires pour la prévention et le traitement de la malnutrition au Niger, exécuté par HKI avec l'appui financier d'OFDA/USAID, a démarré ses activités depuis 2005 suite à la crise alimentaire et nutritionnelle de 2004-2005. Il a pour but de consolider/renforcer un système durable et replicable de prévention et de traitement de la malnutrition depuis le niveau communautaire en mettant l'accent sur une communication pour un changement de comportement basée sur la promotion des Actions Essentielles en Nutrition (AEN)/Technique de négociation, le dépistage actif des malnutris, leur référence précoce vers les centres appropriés de prise en charge et leur suivi régulier au sein de la communauté ainsi que la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et modérée dans les formations sanitaires.

Il faut noter que les activités du programme sont d'une part mises en œuvre de manière intégrée au système sanitaire étatique et d'autre part au niveau communautaire dont l'exécution est réalisée par des relais choisis de manière consensuelle par les communautés.

Ce programme a bénéficié aussi de l'appui du PAM notamment dans son volet, prise en charge de la malnutrition aigüe modérée avec le ravitaillement en suppléments alimentaires et matériel de préparation du prémix et de la bouillie. L'UNICEF apporte également un appui, principalement dans la fourniture des intrants thérapeutiques pour la prise en charge des cas sévères ainsi que celle des intrants/médicaments pour le traitement systématique des malnutris à tous les niveaux en plus de l'équipement ou du matériel pour la prise des mesures anthropométriques.

Ce programme s'inscrit dans le cadre des interventions d'urgence mises en œuvre, en réponse aux crises alimentaires récurrentes au Niger. La phase actuelle a été acquise pour une période de 24 mois, allant de Juin 2014 à Mai 2016 pour la région de Diffa. Le projet actuel mettra l'accent sur le District sanitaire spécifiquement en raison des besoins dus à la vulnérabilité accrue des populations causées par l'insécurité alimentaire, les inondations récurrentes mais aussi l'intensification de la lutte armée contre l'intégrisme poussant les populations de cette zone à se réfugier dans la région de Diffa

Cette phase utilise une approche intégrée abordant plusieurs aspects relatifs à la malnutrition. Elle est fondée sur 3 stratégies : 1) Le renforcement des compétences des agents de santé sur les Actions essentielles en Nutrition (AEN) et la prise en charge des cas de malnutrition aigüe, 2) la mise en place d'un réseau des acteurs communautaires (Relais Communautaire (ASC), Matrones, Mamans lumières Tradi-praticiens, brigades d'hygiène) afin d'améliorer la couverture de prise en charge des cas de malnutrition aigüe dans la communauté et l'utilisation des services de santé (dépistage actif, recherche de Perdu de vue etc) et 3) la conduite des activités de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant à l'endroit des mères avec l'hypothèse que cela augmentera leurs connaissances en nutrition et contribuera à améliorer la croissance des jeunes enfants.

Elles permettront ainsi, à HKI de démontrer son expertise et de documenter son expérience à travers des recherches opérationnelles, des enquêtes CAP et de couverture en vue de l'intégration de ces approches pour la prévention de la malnutrition.

Ainsi, dans le but d'évaluer les progrès qui seront réalisés dans la zone d'intervention en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants, il sera procédé à une enquête/étude de base dans le district sanitaire de Diffa, notamment dans la zone d'intervention.

**2. But de l'étude**

Evaluer le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques des ménages en matière de santé et de nutrition des mères et des enfants dans la zone d'intervention du district sanitaire de Diffa. Cette étude CAP produira de données de base avant la mise en œuvre effective des interventions de ce projet dans le district. Elle sera aussi réalisée à la fin du programme afin de mesurer l'impact des interventions.

**3. Objectifs de l'étude**

5. Identifier les déterminants des comportements liés à l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément des nourrissons et des jeunes enfants de 0 à 24 mois, à l'hygiène alimentaire et environnementale ;

6. Identifier les déterminants sociaux de la reconnaissance des signes de danger liés aux maladies de la femme enceinte /allaitante et de l'enfant ;
7. Identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une intervention axée sur la promotion de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant.

#### **4. Méthodologie**

Le/la consultant(e) proposera dans son offre technique et financière, la démarche qu'il adoptera pour pouvoir atteindre les objectifs ci-dessus énumérés. Il/elle inclura entre autres les techniques suivantes pour ce travail : analyse documentaire, discussion de groupe, interviews individuelles, observation.

Le/la consultante proposera une méthodologie de comparaison entre villages d'intervention et villages de contrôle.

##### **Domaines d'intérêt à explorer chez l'enfant**

- Allaitement maternel immédiat et exclusif jusqu'au six mois ;
- Alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois ;
- Hygiène et lavage des mains ;
- Vaccination ;
- Utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- Traitements adéquats des maladies de l'enfant à domicile ;
- Aliments complémentaires aux enfants malades ;
- Recherche de soins appropriés hors domicile.

##### **Domaines d'intérêt à explorer chez la femme enceinte et la femme allaitante**

- Consultation prénatale ;
- Accouchement ;
- Consultation postnatale ;
- Hygiène et lavage des mains ;
- Vaccination ;
- Utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- Alimentation de la femme enceinte ou allaitante ;
- Recherche de soins appropriés hors domicile ;
- Rôle des hommes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ;
- Planification familiale ;

#### **5. Cible de l'étude**

##### **Ménage**

- Mères d'enfants de 0 à 24 mois
- Femmes enceintes de plus de 4 mois ;
- Femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête (période post partum) ;
- Grands-mères ou matrones (prenant en charge les soins des nouveau-nés) ;
- Maris des mères qui ont des enfants de 0 à 24 mois.

##### **Informateurs clés**

- Chef du village ;
- Responsables religieux ;
- Responsables coutumiers ;
- Femmes leaders ;
- Elus locaux.
- Relais communautaires

##### **Personnel de santé**

- Agents de santé au niveau des CSI ;
- Agents de santé au niveau des Cases de Santé (CS) ;
- Agents de santé communautaire au niveau des CS ;
- Agents de santé des formations sanitaires privées ;
- Equipe Cadre de district sanitaire (ECD).

#### **6. Charge de travail**

Pour cette étude, HKI va couvrir dans le district sanitaire de Diffa (région de Diffa).

Description des sites appuyés	Region de Diffa
	District sanitaire de Diffa
Nombre des districts sanitaire	1
Nombre de CSI	17
Nombre de CS	57
Nombre de villages	80

#### **7. Tâches et responsabilités du/de la consultant(e)**

1. Proposer un chronogramme de travail ;

2. Sélectionner et former les enquêteurs/enquêtrices avec l'appui de HKI ;
3. S'assurer que les enquêteurs et enquêtrices parlent couramment le kanouri ;
4. Conduire et superviser l'enquête sur le terrain ;
5. Faire une analyse et une interprétation approfondies des indicateurs qualitatifs et quantitatifs recherchés ;
6. Organiser un atelier de restitution des résultats de l'enquête ;
7. Produire et transmettre le rapport final.

#### **8. Profil du/de la consultant(e)**

La personne physique ou morale (cabinet ou consultant) pour cette enquête doit avoir les qualifications suivantes :

- Avoir une bonne connaissance des orientations nationales en matière de santé et de nutrition de la mère et de l'enfant au Niger ;
- Avoir une grande expertise dans la recherche qualitative et quantitative dans le domaine de la santé/nutrition en général et celle de la mère et de l'enfant en particulier ;
- Avoir des expériences dans l'exécution des enquêtes CAP ;
- Les membres de l'équipe d'enquête (principaux responsables) doivent avoir une formation universitaire d'au moins le niveau maîtrise (ou équivalent) en sciences sociales ou humaines (sociologie, anthropologie).

#### **9. Durée de la consultation**

Une durée de 45 jours est prévue pour la consultation.

#### **Dispositions Finales**

Les personnes physiques ou morales répondant au profil ci-dessus et intéressées par le présent avis peuvent retirer les termes de références au niveau de bureau d'Helen Keller International (HKI) à Niamey, sis au Quartier Plateau, N° 97, Rue IB 067 BP: 11728, téléphone : (00227) 20 75 33 15/14.

Les offres techniques et financières pour cette étude doivent être déposées sous plis fermé avec la mention « **Candidature pour la consultation de l'Enquête CAP à Diffa** » aux bureaux d'Helen Keller International (HKI) à Niamey, à Diffa, à Zinder, au plus tard le **15/08/2014**, ou envoyer directement par mail à l'adresse suivante : Niger-Recrutement@hki.org